



XXIX Congreso Anual de la
Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la
Infancia y Adolescencia
“Nuevas Fronteras”

Programa Oficial y Libro de Resúmenes

12 al 15 de Octubre del 2011
Hotel y Centro de Convenciones de La Bahía
Coquimbo, Chile

Indice

| | |
|---|-----|
| Palabras Bienvenida Dra. Keryma Acevedo, Presidenta XXIX Congreso | 3 |
| Palabras Bienvenida Dra. Maritza Carvajal, Presidenta SOPNIA | 5 |
| Directorio SOPNIA | 7 |
| Comité Organizador Congreso | 8 |
| Temas Oficiales | 9 |
| Patrocinadores | 10 |
| Auspiciadores | 11 |
| Invitados Internacionales | 12 |
| Invitados Nacionales | 14 |
| Directores de Simposios de Neurología y Psiquiatría | 15 |
| Informaciones Generales Congreso | 18 |
| Programa del XXIX Congreso | 20 |
| Trabajos Neurología | 27 |
| Trabajos Psiquiatría | 83 |
| Índice de Autores Trabajos Neurología y Psiquiatría | 102 |

Bienvenidos al XXIX Congreso SOPNIA

Invitación al Congreso Nuevas Fronteras, XXIX Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia

*En el valle de Elqui, ceñido
de cien montañas o de más,
que como ofrendas o tributos
arden en rojo y azafrán.*

(Todas íbamos a ser reinas, Gabriela Mistral)

*Es mi voluntad que mi cuerpo sea enterrado
en mi amado pueblo de Montegrande, Valle
de Elqui, Chile.*

*Todos los dineros que se me deban o que
provengan de la venta de mis obras literarias
en la América del Sur, se los lego a los niños
pobres del pueblo de Montegrande, Valle de
Elqui, Chile.*

(17 de Noviembre de 1956, Lucila Godoy A.)

Nuestra poetisa Gabriela Mistral nació en los fértiles valles de la IV Región y dedicó su trabajo y vida a los niños. Cada uno de nosotros también comparte ese amor y deseo de alcanzar el bienestar infantil. Por ello es que extendiendo una fraternal bienvenida a todos los asistentes al XXIX Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia: Nuevas Fronteras.

¿Por qué es éste el Congreso de las Nuevas Fronteras? Básicamente por dos razones: en primer lugar por la posibilidad que se nos presenta en el Siglo XXI de desafiar los clásicos paradigmas del conocimiento, incorporando los nuevos avances de la medicina que redefinen las fronteras de la ciencia y

por otra por el deseo de reflexionar respecto a la complementariedad de los especialistas que participan en nuestra Sociedad, situación bastante excepcional a nivel mundial pero que nos permite trabajar en conjunto y apoyar a nuestros pacientes como equipo. Durante el último año hemos desarrollado un trabajo sistemático con los coordinadores Dres Carolina Alvarez en Neurología y Dr. Alfonso Correa en Psiquiatría y dos comprometidos comités científicos para organizar nuestro Congreso 2011. Hemos intentado desarrollar temas de alto interés científico y de contar con destacados profesionales chilenos y extranjeros para lograr un Congreso de excelencia. En forma especial quiero agradecer a nuestros invitados internacionales, doctores Elizabeth Ouss, Silvia Tenenbaum, Boris Birmaher, Salvatore DiMauro, Michael Johnston, Lieven Lagae y, Syed Ali Naqvi, por su disposición, invaluable aporte y compromiso con nuestro Congreso.

Para este Congreso, nos planteamos el desafío de innovar con nuevas actividades y de fortalecer la participación de los socios de Sopnia. De este modo contaremos con talleres de pequeño grupo que favorezcan la participación activa de los asistentes y la discusión de casos clínicos que nos desafían a trabajar en equipo y a complementarnos con nuestras fortalezas. Además, tenemos muchas esperanzas respecto a los potenciales resultados que se logren en el Simposio "Políticas Públicas", instancia de discusión multidisciplinaria, con participación de re-

presentantes del gobierno, que esperamos abra nuevos espacios de discusión y de participación de los especialistas asistentes a nuestro Congreso e impacte en la calidad de vida de los niños chilenos, y que ojalá se perpetúe en los próximos años con la discusión de otros temas de relevancia para el país.

Por otra parte, esperamos apoyar el conocimiento y desarrollo de nuestras especialidades y áreas de trabajo en la IV Región, a través de un Curso de Extensión especialmente preparado para padres, profesores y profesionales de la salud, que contará con la participación de destacados profesionales nacionales.

Finalmente, quiero felicitar a la Dra Ledia Troncoso por su merecido premio Ricardo Olea 2011 y agradecer al directorio de Sopnia por el honor de confiar en mí como Presidenta de este Congreso y a nuestras secre-

tarias Leslie y Tamara, a los coordinadores Carolina y Alfonso, a todos los integrantes de ambos Comités y al Dr Jorge Förster, encargado de la exposición de arte, que han trabajado a lo largo del año para lograr que este evento sea un éxito.

Es nuestro deseo que a través del desarrollo del Programa Científico y de las actividades sociales que hemos organizado para ustedes, encuentren el marco adecuado para compartir con nuestros colegas y amigos, fortaleciendo los lazos que nos unen, enmarcado por la belleza del norte y mar chilenos.

¡Bienvenidos entonces a esta exploración de Nuevas Fronteras!

Afectuosamente,

Dra. Keryma Acevedo Gallinato
Presidenta XXIX Congreso Sopnia

Palabras de la Presidenta de SOPNIA

En septiembre de 2009 se crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo. (Boletín: N° 6260-06) mediante una nueva ley aprobada por el Congreso Nacional.

Este Sistema Intersectorial de Protección Social no es más, que un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieren de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida.

Le corresponde entonces, al Ministerio de Planificación Social, la administración, coordinación, supervisión y evaluación de la implementación del Sistema, focalizando su acción a un mismo grupo de personas y o familias, en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Se da gran importancia a las evaluaciones de resultados, incluyendo análisis de costo efectividad, por parte de una entidad externa a los organismos del Estado que ejecute y coordine las acciones y prestaciones sociales que se ofrecen, de conformidad a las instrucciones que para estos efectos imparta la Dirección de Presupuestos. Comprende dos sistemas, "Chile Solidario", regulado por la ley N° 19.949 y la ley

N° 19.949 y el Sistema Protección Integral a la Infancia - "Chile Crece Contigo".

Se focaliza en atender a un grupo de familias vulnerables debidamente catalogadas por la ficha de protección social mediante un programa eje, entrega prestaciones o beneficios sociales específicos que hayan sido creados por ley. Contempla además, mecanismos de retiro gradual de los beneficiarios del subsistema. Así, si sus objetivos se implementan adecuadamente, necesariamente debe producir un impacto social, respetando la realidad de cada región del país. Contempla Acceso a ayudas técnicas y educación para niños y niñas que presenten alguna discapacidad, Acceso gratuito a sala cuna o jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes.

No cabe duda que "Chile Crece Contigo" ha abordado desde múltiples dimensiones algunos aspectos que influyen en el desarrollo infantil, otorgando, a iguales condiciones, acceso preferente a las familias beneficiarias de la oferta de servicios públicos, de acuerdo a las necesidades de apoyo al desarrollo de sus hijos, en programas tales como nivelación de estudios; inserción laboral dependiente o independiente; mejoramiento de las viviendas y de las condiciones de habitabilidad; atención de salud mental; dinámica familiar; asistencia judicial; prevención y atención de la violencia intrafamiliar y maltrato infantil.

El acceso preferente ha sido progresivo esperando cubrir durante el presente año a más del 60% de familias posibles beneficiarias del sistema.

Como especialistas en el área de la Neurología y Psiquiatría no podemos quedar al margen de tan importantes avances en políticas sociales y tendremos la oportunidad de reflexionar sobre este y otros importantes

temas que serán abordados en este Congreso.

Aprovecho la oportunidad de felicitar a la Dra. Keryma Acevedo y sus colaboradores por brindarnos la oportunidad de compartir, adquirir nuevos conocimientos que nos ayuden a ser mejores médicos, más humanos, más integrados y más solidarios con nuestros pacientes.

Directorio Sociedad Período 2010 - 2011

| | |
|-----------------------------|---|
| Presidente | Dra. Maritza Carvajal G. |
| Vice-Presidente | Dra. Alicia Espinoza A. |
| Secretaria General | Dra. Patricia González M. |
| Tesorera | Dra. Marta Hernández Ch. |
| Directores | Dra. Marcela Abhufele M. Dra. Carola Alvarez Q. Dra. Verónica Burón K. Dr. Juan Francisco Cabello A. Dra. Viviana Venegas S. Psp. Gloria Valenzuela B. |
| Past-President | Dra. Marcela Larraguibel Q. |
| Secretarias Sociedad | Sra. Tamara Soto T. Srta. Leslie Villalobos P. |

Comité Organizador XXIX Congreso

Presidenta

Dra. Keryma Acevedo Gallinato

Coordinadora Comité Neurología

Dra. Carolina Alvarez Díaz

Coordinadora Comité Psiquiatría

Dr. Alfonso Correa del Río

Comité Científico de Neurología

Dra. Johana Bórax

Dr. Ricardo Erazo

Dra. María Eugenia López

Dra. Paulina Mabe

Dra. Cynthia Margarit

Dra. Cecilia Okuma

Dra. Ruth Pavez

Dra. Paola Santander

Dra. Andrea Schlatter

Dr. José Zamora

Comité Científico de Psiquiatría

Dra. Marcela Abufhele

Dr. Elías Arab

Dra. Ana Marina Briceño

Dra. María Soledad Herrera

Dra. Vania Martínez

Dra. Emilia Monsalve

Dr. Jaime Pereira

Dra. Daniela Zalaquett

Colaboradores

Dra. Marisol Alvarado

Dr. Jorge Förster

Ps. Andrea Moyano

Dra. Katerina Sommer

Temas Oficiales

- Manejo del Preescolar Difícil
- Canalopatías y Genética en Epilepsia
- Actualización en Enfermedades Neuromusculares
- Enfermedades Mitocondriales: Novedades en Diagnóstico y Tratamiento
- Esclerosis Múltiple en Niños
- Casos clínicos Neurología-Psiquiatría
- Políticas Públicas para la Primera Infancia
- Trauma Relacional Temprano y Neurodesarrollo
- Discapacidad y Desarrollo
- Psicofarmacología en Pacientes de Alta Complejidad
- Desafíos en Investigación en Salud Mental
- Aspectos Éticos y Legales en Psiquiatría Infantil

Patrocinadores

- Asociación de Sociedades Científicas Médica de Chile
- Colegio Médico de Chile A.G
- Facultad de Medicina – Pontificia Universidad Católica de Chile
- Facultad de Medicina – Universidad Católica del Norte
- Facultad de Medicina – Universidad de Chile
- Facultad de Ciencias Médicas – Universidad de Santiago de Chile
- Ilustre Municipalidad de Coquimbo
- Liga Chilena Contra la Epilepsia
- Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil. Universidad de Chile
- Sociedad Chilena de Epileptología
- Sociedad Chilena de Pediatría
- Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
- Ministerio de Planificación
- Ministerio de Salud

Auspiciadores

- Abbott Laboratories de Chile Ltda.
- Clínica Los Tiempos
- Clínica Mater Esperanza Nueva
- GlaxoSmithKline Chile Farmacéutica Ltda.
- Laboratorio Andrómaco S.A.
- Laboratorio Biogen Idec
- Laboratorio Genzyme
- Laboratorio Janssen – Cilag
- Laboratorio Merck Serono
- Laboratorio Novartis
- Laboratorio Recalcine S.A.
- Laboratorio Royal Pharma
- Liga Chilena contra la Epilepsia
- Nesplora SL

Invitados Internacionales

NEUROLOGÍA:

Dr. Salvatore DiMauro

Profesor de Neurología Universidad de Columbia, Estados Unidos.
Director Emérito, Centro de Distrofias Musculares y Enfermedades Asociadas H Houston Merritt.
Director Asociado Laboratorio de Investigación y Entrenamiento.

Dr. Michael V. Johnston

Pediatra, Farmacólogo Clínico y Neurólogo Infantil.
Director Médico Laboratorio de Neurociencias Kennedy Krieger Institute.
Profesor de Neurología, Pediatría y Medicina Física y Rehabilitación.
Hospital de Niños y Universidad Johns Hopkins.

Dr. Lieven Lagae

Neurólogo infantil, PhD.
Profesor Titular y Jefe Departamento de Neurología Pediátrica Universidad Católica de Lovaina.
Director del programa de epilepsia infantil en los hospitales universitarios de la KUL.
Presidente de la Sociedad Europea de Neurología Pediátrica (EPNS).
Editor en jefe del European Journal of Pediatric Neurology.
Jefe del Comité de Tecnología de la Asociación Internacional de neurología infantil (ICNA).

Dra. Silvia N. Tenenbaum

Neuróloga Infantil y Adolescencia. Buenos Aires, Argentina.
Servicio de Neurología Pediátrica Hospital Nacional de Pediatría "Prof Dr. Juan P. Garrahan".
Integrante Grupo Internacional Esclerosis Múltiple Infantil (MSIF).
Coordinadora Grupo de Estudio LA de Esclerosis Múltiple (LACTRIMS), Capítulo Pediátrico.

PSIQUIATRÍA:

Dr. Boris Birmaher

Psiquiatra Infantil.
Director Programa de Ansiedad para Niños y Adolescentes.
Co-Director Unidad de Servicios de Trastorno Bipolar en Niños y Adolescentes.
Titular de Cátedra en Enfermedad Bipolar de Inicio Precoz.
Profesor de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de Universidad de Pittsburgh y Western Psychiatric Institute y Clínica de UPMC.

Invitados Internacionales (cont.)

Dra. Elisabeth Ouss-Ryngaert

Psiquiatra Infantil y Psicoterapeuta.

Consultora de Psiquiatría Infantil y Neurología Infantil, Hospital Necker, Paris.

Trabaja sobre la interfase entre neurología, psiquiatría y psicoanálisis.

Dr.Syed Shujat Ali Naqvi

Psiquiatra Infantil.

Past President de la Sociedad Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de Southern California.

Miembro distinguido de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Profesor Asistente de Psiquiatría Clínica UCLA (Universidad de California, Los Angeles).

Invitados Nacionales

Dr. Carlos Altamirano
Dra. Marisol Alvarado
Dra. Lucila Andrade
Ps. Cecilia Araya
Sr. Roberto Araya
Sr. Juan Carlos Bello
Dra. Joanna Borax
Dra. Verónica Burón
Dra. Claudia Cárcamo
Dr. Eduardo Carrasco
Dra. Maritza Carvajal
Dra. Sandra Cerda
Dr. Yuri Dragnic
Dra. Gloria Durán
Dra. Alicia Espinoza
Dr. J Enrique González
Dr. Patricio Guerra
Dra. Muriel Halpern
Dra. Marta Hernández

Dr. Juan Pablo Jiménez
Ps. Sofía Lecaros
Dra. Marcela Larraguibel
Dra. Francisca López
Dra. Isabel López
Ps. Sonia Jara
Dra. Cecilia Mellado
Dr. Felipe Méndez
Ps. Cecilia Moraga
Dra. Patricia Orellana
Dra. Ruth Pavez
Dra. Luisa Schonhaut
Sra. Loreto Seguel
Ps. Gabriela Sepúlveda
Dra. Claudia Somoza
Dra. Francesca Solari
Dra. Mónica Troncoso
Dra. Daniela Zalaquett
Dr. José Zamora

Directores de Actividades Neurología y Psiquiatría

A.- Simposios Neurología

1. Simposio Enfermedades Neuromusculares
Director: Dr. Ricardo Erazo
2. Simposio Neurointensivo
Directoras: Dra. Andrea Schlatter, Dra. Cynthia Margarit
3. Simposio Esclerosis Múltiple
Directora: Dra. Andrea Schlatter
4. Simposio Diagnóstico Diferencial de Miopatías Metabólicas
Directora: Dra. Paulina Mabe
5. Simposio Enfermedades Genético-Metabólicas
Directoras: Dra. Cecilia Okuma, Dra. Paola Santander
6. Simposio Epilepsia Nuevas Fronteras
Directora: Dra. Carolina Alvarez
7. Simposio Controversias
Directora: Dra. M. Eugenia López

B.- Simposios Psiquiatría

1. Simposio Neurodesarrollo
Directoras: Dra. Daniela Zalaquett, Ps. Andrea Moyano
2. Simposio Psicofarmacología
Directoras: Dra. Marcela Abufhele, Dra. Ana Marina Briceño
3. Simposio Investigación
Directora: Dra. Vania Martínez
4. Simposio Aspectos Legales
Director: Dr. Jaime Pereira

C.- Actividades Plenarias

1. Simposio Preescolar Difícil
Directoras: Dra. M. Eugenia López, Dra. Vania Martínez
2. Charla Inaugural: Actividad epiléptica, cognición y conducta
Coordina: Dra. Carolina Alvarez
3. Simposio Políticas Públicas para la Primera Infancia
Directoras: Dra. Keryma Acevedo, Dra. Ana Marina Briceño
4. Simposio Casos Clínicos Neurología-Psiquiatría
Directores: Dra. Cynthia Margarit, Dr. Elías Arab

D.- Talleres de Neurología para Socios Sopnia

1. Accidente cerebro vascular. Coordina Dra. Marta Hernández

Directores de Actividades Neurología y Psiquiatría (cont.)

2. Neuromuscular. Coordina Dr. Ricardo Erazo
3. Neurofisiología: semiología de crisis epilépticas. Coordina Dra Carolina Alvarez
4. Avances en neurorayos. Coordina Dra. Cecilia Okuma

E.- Talleres de Psiquiatría para Socios Sopia

1. Persona del terapeuta. Coordina Ps. Sonia Jara
2. Construcción de identidad en el adolescente. Coordina Ps. Gabriela Sepúlveda
3. Baile: herramienta preventiva en terapeutas y pacientes.
Coordinan Dr. Alfonso Correa, Ps. Roberto Araya

F.- Clases Para Becados

Coordinan: Dra, Cecilia Okuma, Dra. Ana Marina Briceño

G.- Trabajos Libres

Trabajos libres Neurología

Coordinadoras: Dra.Cynthia Margarit, Dra. Paola Santander.

Trabajos libres Psiquiatría

Coordinadoras: Dra. Marcela Abufhele, Dra.Ana Marina Briceño

Jurado Sesión Trabajos Libres

Neurología:

Dr. León Adlerstein, Dra. Lucila Andrade, Dr. J. Enrique González, Dr. Marco Manríquez,
Dr. Tomás Mesa, Dra. Ledia Troncoso

Psiquiatría:

Dra. Virginia Boehme, Dra. Carla Inzunza, Dra. Vania Martínez

Encargados Salas Trabajos Libres

Neurología:

Sala epilepsia 1

Sala epilepsia 2

Sala neuromuscular

Sala recién nacidos-infeccioso-autoinmune

Sala trastornos del desarrollo –lenguaje

Sala genético- metabólica

Dra. Francesca Solari, Dra. Scarlet Witting

Dra. Verónica Burón, Dra. Marta Hernández

Dra. Lorena Pizarro, Dr. Ricardo Erazo

Dr. Yuri Dragnic, Dr. Andrés Barrios

Dr. Marco Manríquez, Dr. Jorge Förster

Dra. Mónica Troncoso,Dr. Patricio Guerra

Directores de Actividades Neurología y Psiquiatría (cont.)

Psiquiatría:

Sala psiquiatría 1:

Dra. Ana Marina Briceño, Dr. Jaime Pereira,
Dra. Emilia Monsalve

Sala psiquiatría 2:

Dr. Elias Arab, Dra. Soledad Herrera,
Dra. Marisol Alvarado

H.- Desayunos con Expertos (por invitación)

Coordinadora Neurología: Dra. Andrea Schlatter

Coordinadora Psiquiatría: Dra. Katerina Sommer

I.- Curso Post-Congreso

Directoras: Dra. Joanna Bórax, Dra. M. Soledad Herrera

Informaciones Generales

Estructura del Congreso

El Congreso está compuesto de Conferencias, Simposios, Mesas Redondas, Desayunos con Expertos, Talleres de Pequeño Grupo, Presentaciones de Trabajos Libres, Encuentros Sociales/Recreativos y Encuentro con el Arte.

Sesiones de Trabajos Libres

Los Trabajos Libres se presentarán en formato de diapositivas. Las presentaciones de Neurología serán de 3 minutos de presentación más 1 minuto de preguntas. Los casos clínicos dispondrán de 2 minutos de presentación y 1 minuto de preguntas. Los Trabajos mejor calificados por la Comisión Revisora se presentarán en una sala plenaria y contarán con 6 minutos de presentación y 2 de preguntas.

En el caso de Psiquiatría, las presentaciones serán de 4 minutos de presentación más 1 minuto de preguntas. Los Trabajos mejor calificados por la Comisión Revisora se presentarán en una sala plenaria y contarán con 7 minutos de presentación y 3 de preguntas.

Premios

El jurado seleccionado, otorgará un primero, segundo y tercer premio en Neurología y Psiquiatría, a partir de la presentación de los trabajos presentados en sesión plenaria.

Puntualidad

Durante el desarrollo de este Congreso se hará especial énfasis en la puntualidad de las sesiones y se dará inicio a cada actividad en la hora señalada en el Programa. Como es habitual tenemos muchos contenidos y actividades, por lo cual solicitamos en forma encarecida la cooperación a todos los asistentes y presentadores. Se contará con sistema

de timer y/o alerta de tiempo y los encargados y coordinadores de sala deberán velar por el cumplimiento de los horarios.

Sede del Congreso

El Congreso tendrá lugar en los Salones del Centro de Convenciones de La Bahía, Coquimbo. Se contará con un total de 5 salas para el desarrollo del Programa, las que están debidamente señaladas.

Secretaría General

La Secretaría General está a cargo de SOPNIA, con colaboración de la Liga Chilena Contra la Epilepsia. En el momento de la inscripción al Congreso, cada asistente recibirá un bolso que contendrá el programa de actividades, resumen de trabajos libres y otros documentos, incluyendo una credencial que deberá ser usada permanentemente durante el desarrollo del Congreso y los vales que se solicitarán para acceso a cóctel, almuerzos y cena de clausura. No se permitirá el ingreso a ninguna actividad sin estos 2 elementos.

Servicios Audiovisuales

Se dispondrá de un espacio de Preview para los expositores que deseen usar este servicio (Sala Sol).

Certificación

Certificados Trabajos Científicos

Se otorgará sólo un Certificado por trabajo presentado. Para presentar Trabajos Libres, obligadamente el relator deberá haber cancelado la inscripción al Congreso.

Certificado de Asistencia

Los certificados de asistencia a participantes se entregarán el día Viernes 14 de octubre a partir de las 18:00 horas, para lo cual

Informaciones Generales (cont.)

deberán entregar una encuesta respecto al Congreso.

Los participantes que no retiren certificados al término del Congreso, podrán hacerlo en: Secretaría de la Sociedad

Esmeralda 678 2° Piso interior - Santiago
Fono - Fax: 6320884 E-mail: sopnia@tie.cl o sopniasoc@gmail.com
Página web: www.sopnia.com
Horario de atención: 09:00 a 13:00 hrs.

Programa del XXIX Congreso de la SOPNIA “Nuevas Fronteras”

MIÉRCOLES 12 DE OCTUBRE

| | NEUROLOGÍA | PSIQUIATRÍA |
|--------------|---|---|
| 14:00 14:30 | INSCRIPCIONES | |
| 15:00 17:00 | PLENARIO El preescolar difícil: desafíos diagnósticos y terapéuticos Dra. Isabel López Controversias sobre el diagnóstico de Trastorno Bipolar en Niños Dr. Boris Birmaher Mesa redonda Salón Bahía 2 | |
| 17:00 17:30 | CAFÉ | |
| 17:30 18:30 | Enfermedades mitocondriales: nuevas fronteras y nuevos diagnósticos Dr. Salvatore DiMauro Salón Bahía 1 | Trauma relacional temprano y desarrollo Neuropsíquico Dra. Elisabeth Ouss Salón Bahía 2 |
| 18 :30 19:30 | PLENARIO CHARLA INAUGURAL Actividad epiléptica, cognición y conducta Dr. Lieven Lagae Salón Bahía 2 | |
| 19:30 | CÓCTEL Y DISCURSO INAUGURAL | |

JUEVES 13 DE OCTUBRE

| | | |
|-----------|--|--|
| 7:45 8:20 | Desayuno Esclerosis Múltiple Dra. Claudia Cárcamo (pre inscripción) Sala Arena | Desayuno con Dr. Syed Shujat Ali Naqvi Experiencia en docencia (pre inscripción) Sala Valle |
|-----------|--|--|

| | | |
|-------------|--|---|
| 8:30 10:00 | <p style="text-align: center;">NEUROMUSCULAR</p> <p>Intolerancia al ejercicio de origen mitocondrial: clínica y diagnóstico Dr. Salvatore DiMauro</p> <p>Miopatía Mitocondrial en el RN y lactante Dr. Salvatore DiMauro</p> <p>Caso Clínico: Dr. Ricardo Erazo</p> <p style="text-align: center;">Salón Bahía 1</p> | <p style="text-align: center;">SIMPOSIO NEURODESARROLLO</p> <p>De la interacción a la integración neuronal</p> <p>Discapacidad y desarrollo psíquico Dra. Elisabeth Ouss</p> <p style="text-align: center;">Salón Bahía 2</p> |
| 10:00 10:30 | CAFÉ | |
| 10:30 12:30 | <p style="text-align: center;">NEUROINTENSIVO</p> <p>Encefalitis inmunomediada</p> <p>Utilidad de neuroimágenes como predictoras del pronóstico en TEC</p> <p>Avances en Neuroprotección en cuidados Neurointensivos Dr. Michael Johnston</p> <p style="text-align: center;">Salón Bahía 1</p> | <p style="text-align: center;">SIMPOSIO NEURODESARROLLO</p> <p>Mesa redonda</p> <p>Dr. Eduardo Carrasco Dra. Marcela Larraguibel Ps. Gabriela Sepúlveda Dra. Elisabeth Ouss</p> <p style="text-align: center;">Salón Bahía 2</p> |
| 12:30 14:00 | <p style="text-align: center;">SIMPOSIO MERCK SERONO</p> <p>Esclerosis Múltiple en niños Dra. Silvia Tenembaum</p> <p>Utilidad de las Neuroimágenes en Esclerosis Múltiple Dra. Patricia Orellana</p> <p>Programa GES Esclerosis Múltiple en menores de 15 años Dra. Andrea Schlatter</p> <p style="text-align: center;">Salón Bahía 1</p> | <p style="text-align: center;">TALLERES (sólo socios con pre inscripción)</p> <p>1.- Persona del terapeuta Ps. Sonia Jara Sala Arena</p> <p>2.- Construcción de identidad del adolescente Ps. Gabriela Sepúlveda Sala Valle</p> <p>3.- Baile: herramienta preventiva en Terapeutas y Pacientes Dr. Alfonso Correa-Sr. Roberto Araya Salón Bahía 3</p> |

| | | |
|--------------------|--|--|
| <p>14:30 16:30</p> | <p style="text-align: center;">PLENARIO: SIMPOSIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS</p> <p style="text-align: center;">Nuevas estrategias en la detección del retraso del desarrollo psicomotor Dra Luisa Schonhaut</p> <p style="text-align: center;">Acompañamiento del Desarrollo Integral durante la Primera Infancia. La Estrategia de Intervención de Chile Crece Contigo Sra Loreto Seguel Secretaria Ejecutiva Protección Social (Mideplan)</p> <p style="text-align: center;">Detección Precoz de Riesgo en el desarrollo Integral del niño: Implementación de Chile Crece Contigo Ps Cecilia Moraga (Minsal)</p> <p style="text-align: center;">Mesa redonda Dra. Maritza Carvajal Dra. Daniela Zalaquett</p> <p style="text-align: center;">Salón Bahía 2</p> | |
| <p>14:30 16:30</p> | <p style="text-align: center;">SIMPOSIO GENZYME Diagnóstico diferencial de miopatías metabólicas y su paradigma, la Enfermedad de Pompe</p> <p style="text-align: center;">Miopatías metabólicas en el siglo XXI Dra. Paulina Mabe Casos clínicos: Dra. Gloria Durán Dr. Patricio Guerra Mesa redonda</p> <p style="text-align: center;">Salón Bahía 3</p> | |
| <p>16:30 17:00</p> | <p style="text-align: center;">CAFÉ</p> | |
| <p>17:00 18:30</p> | <p>MODULO GENÉTICO METABÓLICO Genética del retardo mental y nuevas técnicas diagnósticas Dra. Cecilia Mellado</p> <p>Nuevas terapias en las enfermedades mitocondriales Dr. Salvatore DiMauro</p> <p>Tips radiológicos en enfermedades mitocondriales Dra. Cecilia Okuma</p> <p style="text-align: center;">Salón Bahía 1</p> | <p style="text-align: center;">TRABAJOS LIBRES</p> <p style="text-align: center;">17:00 - 18:15</p> <p style="text-align: center;">Sala Trabajos N°1</p> <p style="text-align: center;">Salón Bahía 2</p> <p style="text-align: center;">Sala Trabajos N°2</p> <p style="text-align: center;">Salón Bahía 3</p> |

| | | |
|-------------|--|---|
| 18:45-19:45 | <p>TALLERES DE NEUROLOGIA (pre inscripción, sólo socios)</p> <p>1- Accidente cerebro vascular Dra. Marta Hernández Sala Arena</p> <p>2- Neuromuscular Dr. Ricardo Erazo, Dra. Mónica Troncoso, Dr. Salvatore DiMauro Sala Valle</p> <p>3- Neurofisiología: semiología de las crisis focales temporales y extratemporales en niños menores y mayores de 2 años Dr. Lieven Lagae Salón Bahía 3</p> <p>4- Avances en neurrorayos Dra. Cecilia Okuma Salón Bahía 1</p> | <p>TRABAJOS LIBRES</p> <p>18:30 – 19:30</p> <p>Salón Bahía 2</p> |
|-------------|--|---|

VIERNES 14

| | | |
|--------------|--|---|
| 7:30 – 10:00 | <p>Presentación de Posters y Plataformas</p> <p>Sala epilepsia 1 Salón Bahía 1</p> <p>Sala recién nacidos-infeccioso-autoinmune / Epilepsia 2 Salón Bahía 2</p> <p>Sala neuromuscular Sala Sol</p> <p>Sala trastornos del desarrollo –lenguaje Sala Valle</p> <p>Sala genético- metabólica Sala Arena</p> | <p>7:45 – 8:20 Desayuno con Dr Boris Birmaher – Experiencia en investigación (pre inscripción)</p> <p>Salón Bahía 3</p> <p>8:30 – 10:00 SIMPOSIO PSICOFARMACOLOGÍA Dr. Syed Shujat Ali Naqvi</p> <p>Salón Bahía 2</p> |
| 10:00-10:30 | CAFÉ | |

| | | |
|--------------------|--|--|
| <p>10:30 12:30</p> | <p>EPILEPSIA NUEVAS FRONTERAS:</p> <p>Rol de los canales iónicos en la fisiopatología y tratamiento Dr. Lieven Lagae</p> <p>Farmacogenómica Dra. Lucila Andrade</p> <p>Manejo de las epilepsias de evolución catastrófica en el lactante Dr. Lieven Lagae</p> <p>Mesa redonda</p> <p>Salón Bahía 1</p> | <p>SIMPOSIO INVESTIGACIÓN</p> <p>Investigación farmacológica en Trastornos depresivos Dr. Boris Birmaher</p> <p>Investigación en Psicoterapia Dr. Juan Pablo Jiménez</p> <p>Presentación Capítulo Chileno de Estudio Enfermedad Bipolar Dr Danilo Quiroz Salón Bahía 2</p> |
| <p>12:30 13:30</p> | <p>Asamblea Sociedad (elección de directorio) Salón Bahía 3</p> | |
| <p>13:30 15:00</p> | <p>ALMUERZO (Terraza)</p> | |
| <p>15:00 16:30</p> | <p>CONTROVERSIAS</p> <p>Dra. F Solari – Dra. V Burón Dr. F Méndez – Dr. Y Dragnic Dra. F López – Dr. J E González</p> <p>Salón Bahía 1</p> | <p>SIMPOSIO ASPECTOS LEGALES</p> <p>Aspectos Clínicos y responsabilidad legal:</p> <p>Aspectos Clínicos Dr. Carlos Altamirano (Colegio Médico)</p> <p>Aspectos éticos y legales Sr. Juan Carlos Bello (Abogado Falmed)</p> <p>Mesa redonda Dra. Alicia Espinoza</p> <p>Salón Bahía 2</p> |
| <p>16:30 17:00</p> | <p>CAFÉ</p> | |
| <p>17:00 18:00</p> | <p>PLENARIO</p> <p>Casos clínicos Neuropsiquiátricos</p> <p>Salón Bahía 1</p> | |

| | | |
|--------------|---|--|
| 18:00 -19:00 | Clase para becados Dr. Michael Johnston Sala Arena | Clase para becados Dr. Syed Shujat Ali Naqvi Sala Valle |
| 20:45 | CENA DE CLAUSURA PREMIO RICARDO OLEA Salón Gran Ballroom | |

SÁBADO 15 DE OCTUBRE

| | | |
|-------------|--|--|
| 9:00 12:30 | Curso para padres, profesores y profesionales de la salud: Educando a nuestros hijos en el siglo XXI Coordinan Dras. Joanna Bórax y M. Soledad Herrera | |
| 9:00-10:30 | PLENARIO Trastorno de Déficit Atencional: desde la infancia a la adolescencia Dra. Joanna Bórax - Neuróloga Infanto Juvenil Intervención Escolar en Niños con Trastorno de Déficit Atencional. Sras. Cecilia Araya, Sofía Lecaros Psicólogas Infanto Juveniles Mesa redonda Salón Bahía 1 | |
| 10:30-11:00 | CAFÉ | |
| 11:00-12:30 | Para padres y profesores Niños con necesidades educativas especiales Dra Sandra Cerda. Neuróloga Infanto Juvenil. El niño que no aprende Dr. José Zamora Neurólogo Infanto Juvenil Mesa redonda Salón Bahía 1 | |
| 11:00-12:30 | Para personal de salud Trastorno del sueño en la infancia y adolescencia Dra. Ruth Pavez - Neuróloga Infanto Juvenil. Trastorno ansioso en la infancia Dra Marisol Alvarado - Psiquiatra Infanto Juvenil ¿Cuándo derivar un niño a Psiquiatría? Dra M. Soledad Herrera - Psiquiatra Infanto Juvenil Mesa redonda Salón Bahía 2 | |
| | Entrega de Certificados | |

REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DR. RICARDO GARCIA S.

Editor Revista

Universidad de Chile / Clínica Las Condes

DRA. MURIEL HALPERN G.
Editora Asociada Psiquiatría
Universidad de Chile

DRA. ISABEL LOPEZ S.
Editora Asociada Neurología
Clínica Las Condes

DRA. FREYA FERNANDEZ K.
Past-Editor
Consulta Privada

DRA. MARCELA ABUFHELE M.
DR. MATIAS IRARRAZAVAL D.
Asistentes Editora Psiquiatría

DR. JUAN FRANCISCO CABELLO A.
Asistente Editora Neurología

DRA. M. ANGELES AVARIA B.
Asesora Resúmenes en Inglés
Hospital Roberto del Río

DRA. VIVIANA HERSCOVIC M.
Asesora Resúmenes en Inglés
Clínica Las Condes

Comité Editorial

Dr. Carlos Almonte V. U. de Chile, Santiago
Dra. Claudia Amarales O. Hosp. Reg. Punta Arenas
Dr. Cristian Amézquita G. Práctica Privada, Concepción
Dra. María Eliana Birke L. Hospital Militar de Antofagasta
Dra. Verónica Burón K. Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago
Dr. Manuel Campos P. Universidad Católica de Chile, Santiago
Dra. Marta Colombo C. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
Dra. Perla David G. Clínica Dávila, Santiago
Dra. Flora De La Barra M. U. de Chile, Santiago
Flgo. Marcelo Díaz M. Hosp. Sótero del Río, Santiago
Dra. Alicia Espinoza A. Hosp. Félix Bulnes, Santiago
Dra. Marcela Larraguibel Q. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Santiago
Dr. Pedro Menéndez G. Hospital San Juan de Dios, Santiago
Dr. Tomás Mesa L. Universidad Católica de Chile, Santiago
Dr. Hernán Montenegro A. Universidad de Santiago USACH, Santiago
Dr. Fernando Novoa S. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
Dr. Fernando Pinto L. Hospital Coyhaique
Dra. Begoña Sagasti A. Instituto Neuropsiquiatría IPSI, Viña del Mar
Ps. Gabriela Sepúlveda R. PhD. Universidad de Chile, Santiago

Dra. Ledia Troncoso A. Hosp. Clínico San Borja Arriarán, Santiago
Dr. Mario Valdivia P. Hospital Regional de Concepción
Dr. Julio Volenski B. Hospital de Iquique

Comité Editorial Internacional

Neurología
Dr. Jaime Campos Hosp. Clínico de San Carlos, Madrid, España
Dra. Patricia Campos Universidad Cayetano Heredia, Perú
Dra. Lilian Czornyj Hospital de Niños Garrahan, Argentina
Dr. Philip Evrard Clinique Saint-Joseph, Francia
Dr. Agustín Leguido Universidad de Philadelphia, Estados Unidos
Dr. Jorge Malagón Academia Mexicana de Neurología, México
Dr. Joaquín Peña Hosp. Clínico La Trinidad, Venezuela
Psiquiatría
Dra. Susan Bradley Universidad de Toronto, Canadá
Dr. Pablo Davanzo Univ. de California UCLA, Estados Unidos
Dr. Gonzalo Morandé Hospital Niño Jesús, España
Dr. Francisco de la Peña Universidad Nacional Autónoma de México
Dr. Daniel Pilowski Universidad de Columbia, Estados Unidos

Trabajos Libres de Neurología

PLATAFORMA PSIQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre de 2011
18:30 – 19:00 Horas

TLP-9

CALIDAD DE VIDA EN PSIQUIATRAS INFANTO-JUVENILES, NEUROPEDIATRAS Y RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: USO DE LA ENCUESTA WHOQOL-BREF.

Matías Irarrázaval; Muriel Halpern, J. Hunneus.

Introducción: Se considera que las especialidades médicas relacionadas con la salud mental de niños y adolescentes poseen un alto riesgo de estrés que puede afectar la calidad de vida de aquellos que la practican.

Objetivo: Analizar la calidad de vida y los factores que contribuyen a la calidad de vida en Psiquiatras Infanto-Juveniles y Neuropediatras chilenos, además de residentes de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Clínica Psiquiátrica Universitaria.

Métodos: Se consideró como universo los Psiquiatras Infanto-Juveniles y Neuropediatras asociados a SOPNIA, además de los residentes de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Clínica Psiquiátrica. Se utilizó la Encuesta de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF), que fue enviada en forma electrónica a 156 profesionales. La tasa de respuesta fue del 50% del universo (n=78).

Resultados: El 92% de los profesionales tenían una calidad de vida normal o sobre lo normal. En las puntuaciones medias en cada dominio del WHOQOL-BREF de los profesionales: la capacidad física (CF)

fue de $14,87 \pm 2,55$, el bienestar psicológico (BP) $15,44 \pm 2,08$, relaciones sociales (RS) $14,63 \pm 2,75$ y el medio ambiente (ME) $14,73 \pm 2,39$. Estas puntuaciones medias fueron inferiores a las de la población general según la literatura. Por último, se realizaron regresiones múltiples por pasos para examinar las características de los diferentes profesionales. El estudio encontró que están correlacionados significativamente los dominios de bienestar psicológico y ambiental con la percepción subjetiva del estado de salud (favorable a mejor salud), el estado civil (favorable a casados), religión (favorable a judíos); y a su vez, el bienestar físico con el lugar de trabajo (favorable a menos lugares de trabajo). Es importante la consideración de la recreación y uso del tiempo libre, así como el lugar de trabajo en la calidad de vida de los profesionales de salud.

PLATAFORMA PSIQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre de 2011
18:30 – 19:00 Horas

TLP-10

TRASTORNO POR ESTRES POSTTRAUMÁTICO EN NIÑOS DE ILOCA A 8 MESES DEL TERREMOTO/MAREMOTO: APLICACIÓN DE LA ESCALA CPSS

Ana Marina Briceño, Marcela Abufhele, Alfonso Correa, Michelle Barreau, Katerina Sommer, Ana María Dávila, Sonia Castro, Carolina Ebel y Sandra Oltra.
Unidad Psiquiatría Infantil, Departamento de Pediatría, Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: Existen diversos datos epidemiológicos respecto a la incidencia de Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT) en niños expuestos a desastres naturales. La

escala Child PTSD Symptom Scale (CPSS) fue validada en Chile (Bustos, 2009) y permite identificar niños y niñas que padecen TEPT.

Objetivos: Describir la prevalencia de TEPT en una población infantil expuesta al terremoto/maremoto de Febrero del 2010, evaluada 8 meses después del desastre.

Metodología: Aplicación de la escala CPSS a 88 niños de 3° a 6° básico correspondiente al 100% de los asistentes a dichos cursos el día de la aplicación. Se analizan los datos según sexo, edad y curso.

Resultados: La muestra correspondió a 60% varones y 40% mujeres de entre 8 y 13 años de edad, de los cuales un 40% se ubicó sobre el punto de corte de la escala. Respecto al curso, llama la atención la prevalencia de TEPT en un 75% de los niños de 3° básico, que luego disminuye con la edad. También se vio una diferencia por sexo, dando positivos un 51% de las mujeres y un 34% de los hombres.

Discusión: Se comparan los hallazgos con las publicaciones nacionales e internacionales que miden TEPT en edades similares y se discuten las diferencias por edad y sexo.

Conclusiones: La incidencia de TEPT medida a través de la escala CPSS en esta población está dentro de las más altas reportadas en la bibliografía internacional.

PLATAFORMA PSIQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre de 2011
18:30 – 19:00 Horas

TLP-8
PERFIL DE POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL CON PATOLOGÍA DE SALUD MENTAL EN LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNA DE PEÑALOLÉN

Autores: Ángela González, Josefina Hueneus, Alberto Larrain.
Institución: COSAM de Peñalolén.

Introducción: Conocer las patologías de

salud mental prevalentes en la población consultante de atención primaria (APS) es fundamental para una correcta planificación y asignación de recursos sanitarios.

Objetivo: Caracterizar la población infanto-juvenil (0 -18 años) con diagnóstico de salud mental en la comuna de Peñalolén durante el año 2010.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de población infanto-juvenil consultante por patología de salud mental durante el 2010 en red APS de Peñalolén (n=1470). Los datos fueron obtenidos de fichas electrónicas (sistema informático OMI) agrupados según CIE-10. Para su caracterización se utilizaron las variables sexo y edad por patología general y diagnóstico específico, para luego realizar análisis estadístico con el programa STATA.

Resultados: Del total de pacientes con diagnóstico psiquiátrico, la población infanto-juvenil es el 18%. Las patologías más prevalentes son trastorno de ansiedad (42,98%) y Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH), 28,61%. El sexo masculino muestra un leve predominio sobre el femenino: 53% y 47% respectivamente. En mujeres predomina el trastorno de ansiedad (47,39%) seguido por los trastornos del ánimo (15,5%). En hombres predomina el TDAH (41,52%) y el trastorno de ansiedad (39,07%). Según rango etario, en los menores de 11 años predomina el TDAH (45,44%) seguido del trastorno de ansiedad (39,8%), para la población entre 11-18 años predomina el trastorno de ansiedad (45,76%) y en segundo lugar los trastornos del ánimo (17,97%).

Conclusiones: Los resultados se correlacionan con estudios previos y son una base para mejorar las políticas de los programas de Salud mental, tanto a nivel local como regional.

PLATAFORMA PSIQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre de 2011
18:30 – 19:00 Horas

TLP-12 IMPLEMENTACION DEL POLICLINICO DE PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE: EXPERIENCIA DE UN AÑO

Lilian Brand, Miguel Ramírez, Francisca Soto, Claudio Montenegro, Nina Ramírez.

Unidad de Salud Mental, Hospital Regional de Coyhaique.

Psiquiatra Infantojuvenil Hospital Regional de Coyhaique, Médico EDF Dirección de Salud Rural Coyhaique, Interna de Medicina Universidad Austral, Interna de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: La región de Aysén ha presentado un importante crecimiento en el área de salud mental en las últimas décadas. A partir del año 2009 se incorpora la especialidad de psiquiatría infantojuvenil al Hospital Regional de Coyhaique, principal centro de derivación de dicha región.

Objetivos del estudio: Realizar la caracterización de pacientes en control regular en policlínico de psiquiatría infanto-juvenil durante el periodo abril 2009 a abril 2010.

Material y Método: Revisión de fichas y cartolas de pacientes en control en policlínico de la especialidad durante el periodo abril 2009 a abril 2010.

Resultados: De un total de 118 pacientes (n=118), cuyas edades fluctuaron entre los 2 y los 19 años, el 48,3% fueron de sexo masculino y el 51,7% de sexo femenino. La edad promedio de consulta fue 11,9 años. El 34,7% de los pacientes presentaron como principal diagnóstico un Trastorno del Ánimo, el 18,6% un Trastorno de Ansiedad. Un 16,9% de los pacientes fueron diagnosticados como Trastornos Hiperkinéticos y de la Atención, un 7,6% como Trastornos del Espectro Autista y un 3,4% fueron diagnosticados como EQZ 1º brote. El 34,7% de los pacientes presentó comorbilidad, principalmente con Trastornos del Desarrollo de la Personalidad (19%). Los pacientes fueron derivados en su mayoría desde atención primaria (67% de los casos).

Conclusiones: La implementación del policlínico de psiquiatría infantojuvenil representa un significativo avance en el desarrollo de la salud mental de la Región de Aysén. La distribución por patologías es concordante con la literatura.

PLATAFORMA PSIQUIATRIA
Salón Bahía 2

Jueves 13 de Octubre de 2011
18:30 – 19:00 Horas

TLP- 20 EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS EN POBLACIÓN ESCOLAR ATACAMEÑA Y NO ATACAMEÑA DE LA COMUNA DE SAN PEDRO DE ATACAMA.

Peralta Elsa; Correa Carolina; Von Mühlentrock M. Soledad; Aldunate Consuelo; Toledo Gloria; Schiattino Irene; Larraguibel Marcela.

Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Introducción: La comuna de San Pedro de Atacama (SPA) se caracteriza por alta ruralidad y gran componente étnico atacameño. Estudios sobre la pobreza muestran que las poblaciones indígenas son grupos particularmente vulnerables de riesgos de salud mental.

Objetivo: Conocer la prevalencia de síntomas ansiosos en los escolares de 2 a 8 básico de San Pedro de Atacama y sus diferencias respecto a variables étnicas, de edad y género.

Materiales y Método: Se aplicó la escala de autoreporte de ansiedad para niños y adolescentes (AANA), previo consentimiento informado, en las localidades de SPA, Talabre y Río Grande.

Resultados: La muestra quedó constituida por 508 alumnos, de los cuales se analizaron 335 escalas, cuyos puntajes tienen una distribución normal cuya media es 27,79 puntos, con una mediana de edad de 9 años. El 60,3% tiene puntajes que nos indican sospecha de Trastorno ansioso según normas

internacionales, con asociación significativa de riesgo (RR 1,4) para el sexo femenino, pero no para factor étnico. Respecto a las subescalas se mantiene la asociación por género en todas ellas, además de asociación por etnia sólo en ansiedad de separación (AS) 76,8%, fobia social (FS) 76,8% y fobia escolar (FE) 58,01%.

Conclusión: Los escolares evaluados tienen mayores puntajes y una mediana de edad menor que los observados en un estudio previo de la comuna de Recoleta, existiendo asociación para variable étnica en las subescalas de AS; FS; FE. Dichas diferencias pueden derivar del contexto sociocultural que se hace necesario evaluar.

PLATAFORMA NEUROLOGIA

Salón Bahía 1

Viernes 14 de Octubre de 2011

9:00 – 10:00 Horas

TLN - 45

USO DE NIMODIPINO EN EPILEPSIAS REFRACTARIAS PEDIÁTRICAS

María José Krakowiak, Scarlet Witting, Mónica Troncoso, Ledia Troncoso.

Servicio Neuropsiquiatría Infantil HSBA, Facultad de Medicina Universidad de Chile Campus Centro.

Introducción: Se han realizado intentos ininterrumpidos para encontrar nuevos fármacos antiepilépticos. En este sentido, se investigaron antagonistas del calcio, que cumplen rol significativo en regulación excitabilidad neuronal; inicio, propagación y mantenimiento crisis.

Calcioantagonistas podrían tener efecto beneficioso empleados como tratamiento adyuvante en pacientes con epilepsia refractaria.

Objetivos: Evaluar la efectividad de Nimodipino como tratamiento adyuvante en pacientes con epilepsia refractaria del servicio neuropsiquiatría HSBA.

Describir efectos adversos más frecuentes con uso Nimodipino.

Pacientes y Método: Estudio, prospectivo,

seleccionaron 10 pacientes con epilepsia refractaria, previa autorización tutor; padres registrarán calendario crisis, frecuencia diaria de éstas por un mes, con FAE habitual, para comparar basal crisis con frecuencia de ellas posterior uso nimodipino a dosis óptimas (1,5 a 2 mg/kg/d), vía oral, las cuales se controlarán durante 2 meses con calendario crisis. Se catalogará como buena respuesta tratamiento una disminución mayor o igual 50% en número crisis durante fase tratamiento.

Se educará a padres posibles efectos adversos. Pacientes deberán tomar presión semanalmente.

Resultados: Se reclutaron 4 mujeres y 6 hombres; edad promedio: 12 años 5 meses (7,2–18). 7 de 10 pacientes se encontraban con 3 ó 4 fármacos antiepilépticos al inicio estudio. Un paciente fue retirado por mala adherencia. De los 9 pacientes, 5 presentaron disminución mayor o igual al 50% de las crisis. Efectos adversos reportados fueron: somnolencia (2), rubicundez facial (1) e irritabilidad (1); La presión arterial no presentó alteraciones.

Conclusiones: Nimodipino redujo significativamente frecuencia crisis en 5 de 9 niños epilépticos refractarios.

No se encontraron efectos adversos significativos asociados al uso Nimodipino.

PLATAFORMA NEUROLOGIA

Salón Bahía 1

Viernes 14 de Octubre de 2011

9:00 – 10:00 Horas

TLN - 63

ESTUDIO CLÍNICO Y MOLECULAR DE FAMILIAS CHILENAS PORTADORAS DE SÍNDROME DE ENCEFALOMIOPATÍA MITOCONDRIAL, ACIDOSIS LÁCTICA Y EPI-SODIOS DE STROKE-LIKE (MELAS)

Francisca Millán, Mónica Troncoso, Paola Santander, Andrés Barrios, Felipe Jurado; Tatiana Figueroa, Ledia Troncoso, Mauricio Moraga.

Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja – Arriarán. Facultad de Medicina, U. de Chile. Programa de Genética

Humana, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, U. de Chile. Residente Neurología, Hospital Barros Luco Trudeau. Facultad de Medicina, U. de Chile. Servicio Neurología, Hospital Barros Luco Trudeau. Facultad de Medicina, U. de Chile.

Introducción: El MELAS es de los trastornos mitocondriales más frecuentes. Las particularidades de su herencia explican sólo en parte la gran variabilidad fenotípica.

Objetivos: Estudiar clínica y molecularmente a familias con afectados de MELAS, definir presencia de mutación A3243G y heteroplasmia en diferentes tejidos y relacionar estos hallazgos.

Metodología: Estudio transversal de afectados y familiares por línea materna, previo consentimiento informado. Se aplicó cuestionario clínico y se tomaron muestras de sangre, saliva, mucosa yugal y orina. Se extrajo el ADN, se realizó PCR-RFLP y se cuantificó heteroplasmia.

Resultados: Se estudió a 28 individuos (5 afectados, 23 parientes por línea materna) de 4 familias. 21 individuos positivos para mutación A3243G. Portadores presentan mutación en todas las muestras estudiadas: heteroplasmia sangre 4,1-26,6%, saliva 13,2-35,0%, mucosa yugal 21,6-43,3%, orina 38,7-80,6%. Edad al primer stroke-like fue menor a mayor heteroplasmia. Heteroplasmia en orina se correlacionó con severidad de sintomatología. 16 familiares presentaron mutación: 9 en sangre, 13 en saliva, 16 en mucosa yugal y orina (heteroplasmia 0,8-22,4%, 1,0-31,3%), 1,7-35,7% y 9,7-63,0% respectivamente). Clínicamente 6 presentan hipoacusia, 5 debilidad, 4 ptosis, 4 diabetes con hipoacusia, 3 cardiopatía y 2 hipotiroidismo. A mayor edad presentan menor heteroplasmia y mayor número de síntomas.

Conclusión: En portadores de mutación la heteroplasmia es significativamente mayor en orina que en sangre. La heteroplasmia en orina se relaciona con cantidad de síntomas. Heteroplasmia es mayor a menor edad. Al analizar a los familiares positivos por grupos

de edad se observa mayor heteroplasmia a menor edad y menos síntomas a menor edad.

PLATAFORMA NEUROLOGIA

Salón Bahía 1

Viernes 14 de Octubre de 2011

9:00 – 10:00 Horas

TLN - 81

ENFERMEDADES DEL DNA MITOCONDRIAL, ESPECTRO CLÍNICO DESDE EL GENOTIPO AL FENOTIPO

Santander Paola, Troncoso Mónica, Mate-luna César, Barrios Andrés, Guerra Patricio, Ana Flandes, Troncoso Ledia. Neurólogos Infantiles, Residente Neurología Infantil, Servicio Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina, Sede Centro, Universidad de Chile.

Introducción: Las enfermedades mitocondriales son un grupo de desórdenes de herencia materna, clínicamente heterogéneas producidas por mutaciones del DNA mitocondrial. Las manifestaciones clínicas en relación a una mutación específica suelen ser variables y multisistémicas.

Objetivo: Evaluar manifestaciones clínicas, genograma, exámenes y evolución, de pacientes diagnosticados en nuestro centro con enfermedades mitocondriales y relacionar sus características fenotípicas en relación al genotipo de diferentes mutaciones puntuales del DNA mitocondrial (A3243G, G11778A, A8344G).

Materiales-Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo y seguimiento, de todos los pacientes con mutaciones del DNA mitocondrial confirmadas. Revisión de registros clínicos.

Resultados: Se estudiaron 45 pacientes, 9 presentan la mutación A3243G, 33 G11778A y 3 A8344G. 9 pacientes con mutación A3243G, inicio síntomas promedio 9 años: cefalea (5/9), talla baja (9/9), sordera neurosensorial (8/9), alteraciones cardiológicas (2/9). Presentan episodio de stroke-like (9/9) entre 6 a 21 años, crisis tónico clónico

generalizadas (9/9). Estudio: elevación ácido láctico plasmático-LCR (9/9), fibras rojas rasgadas (FRR) (7/9), TAC/RNM: calcificaciones ganglios basales (8/9) zonas de infarto (stroke-like) temporoccipital (9/9). Evolución: progresiva, 3 fallecieron. Familiares presentaban hipoacusia, diabetes mellitus y cardiopatía. 33 pacientes con mutación G11778A, 12 sintomáticos: edad presentación promedio 16 años: compromiso visual (9/12), atrofia óptica (7/12), trastorno de marcha (4/12), distonía (3/12). TAC/RNM: necrosis putámenes (4/12). Evolución: estable (5/12), lentamente progresiva (7/12). 3 pacientes hermanos con mutación A8344G, edad presentación promedio: 10,6 años: en todos epilepsia mioclónica, neuropatía, ataxia y FRR(+). Evolución: progresiva.

Conclusiones: En nuestra serie de enfermedades mitocondriales la mutación A3243G se relaciona con el fenotipo encefalomiopatía mitocondrial con acidosis láctica y stroke-like (MELAS), la mutación G11778A con el fenotipo Neuropatía óptica de Leber (LHON) y la mutación A8344G con epilepsia mioclónica con fibras rojas rasgadas (MERRF). Las manifestaciones clínicas, exámenes y su forma de herencia materna fueron clásicamente los descritos para estos fenotipos.

PLATAFORMA NEUROLOGIA
Salón Bahía 1
Viernes 14 de Octubre de 2011
9:00 – 10:00 Horas

TLN – 24 TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA EFICIENTE Y SU IMPACTO EN LA LECTOESCRITURA.

Flga. Ana María Torres Pérez, Dra. Maritza Carvajal, Dra. Paulina Mabe.
Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés Servicio De Neurología.

Introducción: En Chile el porcentaje de niños que no aprende a leer oscila entre 20-30%, (Bravo 2003). Prueba Habilidades Psicolinguísticas Illinois (**ITPA**) utilizada en Chile desde 1982. Instrumento de evaluación-orientación terapéutica en niños con rendimiento escolar deficitario. Aplica **ITPA** como orientador de planificaciones tera-

péuticas fonoaudiológicas, para estimular, desarrollar proceso lectoescritura en niños participantes de proyectos de integración o escuelas especiales, que no consiguieron desarrollarla.

Objetivos: Presentar resultados evaluaciones iniciales, planificación basada en Habilidades Psicolingüísticas, resultados terapéuticos, seguimiento post terapia de estimulación, desarrollo de lectoescritura orientada por ITPA.

Materiales y Métodos: Prospectivamente se aplica **ITPA** desde Noviembre 2008 - Junio 2011. 30 niños consultantes que no adquirieron mecanismo lectoescritura. Análisis SPSS.

Resultados: Esta terapia usa como pivote las mejores habilidades. 70% de muestra presenta memoria secuencial visomotora y expresión motora normal. En el 100% se aplicó como estrategia estimuladora habilidades evaluadas como normales.

Corto plazo: 30 pacientes diagnosticados no lectores, el 66.6% logró mecanismos iniciales de lectoescritura a tres semanas de iniciada terapia. A 8 semanas resto de niños (33.3%) alcanzó logros. En 10 niños con terapia más de dos años, 80% mejoraron o normalizaron sus puntajes en ITPA y afianzaron proceso lectoescritor. Los resultados fueron deficientes en un 20%.

Conclusiones: Diseñar terapias fonoaudiológicas basadas en fortalezas psicolingüísticas, demostró eficacia para desarrollar habilidades de lectoescritura, en niños que no habían adquirido proceso por métodos tradicionales. Si bien no es posible extrapolar los resultados a todos los niños no lectores, estos constituyen un aporte en la promoción de nuevas estrategias de intervención.

PLATAFORMA NEUROLOGIA
Salón Bahía 1
Viernes 14 de Octubre de 2011
9:00 – 10:00 Horas

TLN – 71 COMPROMISO DE LA SUSTANCIA BLAN-

CA EN ENFERMEDADES METABÓLICAS EN UNA SERIE DE 150 PACIENTES.

Carlos Jaque, Mónica Troncoso, Paola Santander, Rodrigo Díaz, Angélica Vargas, José Zamora, Patricio Guerra, Carolina Díaz, Francisca López, Scarlet Witting, Salvador Camelio, Ledia Troncoso. Neuropediatra. Residente Neuropediatría Alumno de Medicina. Neurorradiólogo. Servicio Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina, Campus Centro, Universidad de Chile.

Introducción: Las afectación secundaria de la sustancia blanca (SB) es provocada por diversas patologías como las enfermedades metabólicas, determinando detención en la formación o destrucción de mielina.

Objetivos: Identificar la presencia de compromiso de SB y describir sus alteraciones neurorradiológicas, en pacientes con enfermedades metabólicas diagnosticadas en nuestro centro.

Materiales-Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo. Revisión registros clínicos y neuroimágenes (TAC/RMN) de 150 pacientes.

Resultados: 150 pacientes estudiados. 88 presentan compromiso SB. Fenilcetonuria (6) 4/6 hipomielinización periventricular. Orina olor jarabe de arce 3/3 edema de SB y tronco. Acidurias orgánicas (15/150), Glutárica 11/11 extenso compromiso de SB, ganglios basales, atrofia fronto-temporal. L-2hidroxiglutarica 2/2 compromiso de SB subcortical extensa, núcleos grises centrales dentados cerebelo. Enfermedades lisosomales: (49/150) Lipofuscinosis (12/49) 11/12 leve hiperintensidad SB periventricular, atrofia cerebelosa. Mucopolisacariidosis: (22/49) MPSII (11) 8/11 compromiso de SB periventricular aumento de espacios perivasculares, atrofia difusa. Gangliosidosis (8/49) GM1 3/3 leve hiperintensidad de SB periventricular. GM2 5/5 hiperintensidad marcada de SB bilateral simétrica, hipointensidad de caudatos lenticulares y tálamos. Leucodistrofia metacromática (4/49) 4/4 áreas hiperintensas SB, simétricas con-

fluentes respecto fibras U, aspecto tigreide, compromiso cuerpo caloso, cápsula interna y cerebelo. Krabbe (4/49) 4/4 hiperintensidad bilateral simétrica compromiso cuerpo caloso, brazo posterior cápsula, tractos piramidales, cerebelo, aspecto tigreide. Enfermedades mitocondriales: (32/150), MELAS 9/9 compromiso SB en zonas de stroke-like. Leigh 1/8 compromiso difuso de sustancia blanca. Peroxisomales: (21/150), Zelweger/ALDNN (4): hipomielinización. ALD-X16/17 hiperintensidad parieto-occipital-esplenio respecto fibras U 1/17 bifrontal. Déficit sulfito-oxidasa: 2 casos: encefalomalacia multiquística, hiperintensidad SB. No presentan compromiso de SB (62/150): PANK(13), Menkes (4) Wilson (3) SCAD (1) Depleción DNAm (1) Deficiencia Piruvato-dehidrogenasa (2) Leigh (7/8) LHON (8), Merff (3) GLUT1 (2) Acidurias 3metilglutacónica (1) isovalerica (1), MPS III (2) MPS IV (8).

Conclusión: En nuestra serie más de la mitad de los pacientes presenta compromiso de SB con patrones definidos orientadores para cada enfermedad, traduce la susceptibilidad de SB a cambios metabólicos independiente de la vía metabólica afectada.

PLATAFORMA NEUROLOGIA

Salón Bahía 1

Viernes 14 de Octubre de 2011

9:00 – 10:00 Horas

TLN – 73

RETRASO DEL LENGUAJE EN PREESCOLARES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN EN CONTROL EN POLICLÍNICO DE NEUROLOGÍA.

Carmen Paz Vargas. Eliana Gurab, María de los Ángeles Avaria.

Unidad de Neurología Hospital de Niños Roberto del Río, Departamento de Pediatría Campus Norte Universidad de Chile. 3 Fonoaudióloga HRRIO.

Introducción: El retraso del lenguaje es a menudo catalogado como “retraso simple”, y manejado sin evaluación por especialista, aun cuando existe evidencia que puede ser el primer signo de trastorno generaliza-

do del desarrollo. Discapacidad cognitiva, o hipoacusia. Se considera además un factor de riesgo de trastorno de aprendizaje (TEA), existiendo escasa información en nuestro país en este aspecto.

Objetivo: Demostrar la importancia de la evaluación neurológica en niño con RL en pesquisa de otros trastornos. Evaluar evolución de lenguaje y aparición de otros trastornos del desarrollo, con seguimiento a 4 años.

Materiales y Método: Estudio retrospectivo descriptivo, piloto para proyecto de investigación prospectivo. Se pesquisan niños de 3 /4 años con diagnóstico Trastorno desarrollo Habla y Lenguaje (CIE10:F80) el año 2007. Se obtuvieron 69 pacientes, logrando revisar 51 fichas, extrayendo datos en formulario protocolizado.

Resultados: La muestra está formada por 35 hombres /16 mujeres. (2,2: 1) Se diagnosticaron 2 niños con parálisis cerebral, 5 retraso grave global del desarrollo, excluyéndolos del análisis.

En 44 niños restantes en 29% se diagnosticó otro trastorno: 3 niños espectro autista, 1 Hipoacusia, 1 mutismo electivo, 1 Esclerosis tuberosa. En el seguimiento: 6 niños con discapacidad cognitiva (14%). De 32 niños sin otra patología, 14 mejoran lenguaje, pero 9 presentan TEA y/o TDAH.

Conclusiones: Se demuestra la importancia de la evaluación neurológica en la detección de otros trastornos del desarrollo o enfermedades específicas en niños con retraso de lenguaje.

Aunque cerca de la mitad de los niños recupera lenguaje, un tercio continúa controles por TEA.

PLATAFORMA NEUROLOGIA

Salón Bahía 1

Viernes 14 de Octubre de 2011

9:00 – 10:00 Horas

TLN – 30

ENTRENANDO EN EPILEPSIAS A ESCOLARES DE ENSEÑANZA PRIMARIA Y SE-

CUNDARIA.

Loreto Olguin, Tomás Mesa, Loreto González, Delfina Fuentes, Carlos Acevedo, Fernando Silva, Guillermo Silva.

Liga Chilena contra la Epilepsia. U.de los Andes. Pontificia U. Católica de Chile.

Introducción: Existe gran desinformación sobre epilepsias, mitos, prejuicios y estigma institucionalizado en el sistema escolar. Además, dificultades de participación social en las personas con epilepsia. Todo esto produce un impacto negativo en la calidad de vida de las personas con epilepsia.

Objetivos: Educar en Epilepsias a escolares de enseñanza primaria y secundaria mediante técnicas audiovisuales adecuadas a su lenguaje, intereses, nivel de atención y comprensión. Capacitación directa de 1.000 niños con una proyección de cobertura 5.000 niños.

Métodos: Guión de 4 capítulos, sobre historia de epilepsia. Panel de Expertos en Epilepsia y Profesionales con experiencia en Material Audiovisual para niños. Presentación de Video a establecimientos educacionales públicos y privados. Se aplica Pre y Post test de 10 preguntas, para medir nivel de conocimientos y aprendizajes básicos en epilepsias. Estudio de persistencia de conocimientos, un año post presentación de video.

Resultados: Total: 1.111 escolares. Respuestas *pre-test*: correctas: 44%. Incorrectas: 37%. No sabe: 19%. Respuestas *post-test*: correctas: 94%. Incorrectas: 5%. no sabe: 1%. El análisis estadístico (pruebas de McNemar): diferencias altamente significativas entre el pre y post test en cada una de las 10 preguntas ($p < 0.0001$). Estudio de persistencia (2011): Correctas: 74%. Incorrectas: 8%. No sabe: 18%.

Comentarios: Cambios significativos de adquisición de conocimientos en pre-post test. Niveles de persistencia, aceptables. El mensaje que Epilepsia puede afectar a cualquier persona se visualiza como potente para sensibilizar y mejorar las actitudes sociales.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA
Epilepsia
Viernes 14 de Octubre de 2011
9:00 – 10:00 Horas

TLN - 1

DESCRIPCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTIEPILEPTICOS

Antonietta Blu, Verónica Gómez, Marcelo Devilat.

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría.

Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: Se realizó este estudio con el objetivo de describir las reacciones adversas a medicamentos (RAM) antiepilépticos (AE) más frecuentes en nuestro centro.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se estudiaron 37 pacientes que fueron reportados en nuestro servicio por RAM AE.

Resultados: Se describen 50 eventos de RAM. 6 pacientes presentaron RAM a más de un AE. 18 (36%) fueron por carbamazepina (CBZ), 16 (32%) por ácido valproico (AV), 4 (8%) por fenobarbital, 4 (8%) por lamotrigina, 3 (6%) por fenitoína y 1 (2% c/u) por oxcarbazepina, clobazam, clonazepam, primidona y levetiracetam.

Los RAM más frecuentes fueron: rash, 26 casos; aumento de peso, 8; caída de pelo, 5; náuseas y vómitos, 5 y trombocitopenia, 4. Otras reacciones fueron: enrizamiento del pelo, temblor, alucinaciones, polineuropatía y caídas. En 39 casos (78%), el AE se suspendió luego de la RAM, en 5 (10%) se mantuvo, en 2 (4%) se disminuyó la dosis y en 4 no hubo información. A dos pacientes a los que se les suspendió el AE, se les reinició años más tarde por epilepsia refractaria, sin repetir la RAM. 8 casos (16%), fueron graves; de éstos, 6 fueron sd. Steven-Johnson, uno DRESS y uno agranulocitosis. De las 18 RAM por CBZ, 6 (33%) fueron graves.

Conclusión: En esta población, CBZ y AV fueron responsables de la mayoría de las RAM, las que más frecuentemente originaron rash y aumento de peso respectivamente.

te. Un 16% de las RAM fue de riesgo vital, de las cuales un 12% fueron causadas por CBZ.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA
Epilepsia
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN - 7

STATUS COMO PRIMERA CRISIS NO SINTOMÁTICA ¿QUÉ NIÑOS DESARROLLAN EPILEPSIA?

Marcela Legue, Verónica Gómez, Dr. Marcelo Devilat.

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría Hospital Luis Calvo Mackenna. Santiago. Chile.

Introducción: El status epiléptico es considerado un factor de riesgo adquirido de epilepsia. Variables que modifican esta relación son etiología, fiebre, edad, focalidad, pero los estudios presentan gran heterogeneidad muestral y metodológica.

Objetivo: Identificar factores que afectan el riesgo de subsecuente epilepsia en pacientes que debutan con status como primer evento epiléptico no provocado. Se buscó relación entre la recurrencia de crisis no provocada y los siguientes elementos: edad, género, crisis única versus subintrante, focal versus generalizada, fiebre, retraso del desarrollo (RDSM), antecedente familiar de epilepsia y crisis febriles, anomalías electroencefalográficas, tiempo en ceder la crisis, número de fármacos usados en agudo e indicación de tratamiento permanente.

Método: Estudio retrospectivo de 49 casos correlativos. Se realizó análisis bivariado con Epidat 3.1 y regresión logística controlando las variables descritas con Minitab16 (R. verosimilitud p 0,006).

Resultados: Edad mediana 15 meses (3-144), predominando el género masculino (59,2%). Un 44,9 % presentó nueva crisis en un periodo de seguimiento de 23 meses (12-37). El género masculino está significativamente asociado a mayor riesgo de recurren-

cia (p 0,009; OR 7,7; IC 1,65 – 36,1). El RDSM mostró tendencia a aumentar el riesgo pero sin alcanzar significancia (p 0,066). La edad estuvo asociada en el análisis bivariado pero no al ajustar otras variables (RDSM, tratamiento permanente y género).

Conclusiones: Este trabajo es un pequeño aporte en la búsqueda de subgrupos de riesgo de epilepsia, que permita definir un seguimiento y tratamiento con miras a la prevención y, a futuro, aplicación de medidas antiepiléptogénicas en el lapso libre de crisis.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA
Epilepsia
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN - 12

EPILEPSIA GENÉTICA CON CRISIS FEBRILES PLUS (GEFS+) EN NIÑOS. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE 21 PACIENTES.

Juan Moya, Verónica Gómez, Marcelo Devilat.

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna. Universidad de Chile.

Introducción: El espectro GEFS+ (epilepsia genética con crisis febriles plus) alude a una condición familiar heterogénea, infrecuente. Agrupa familias con crisis febriles sobre los 6 años de edad, y crisis afebriles variadas. Al menos 2 miembros se hallan afectados. Es una canalopatía (mutación del gen SCN1A) autosómica dominante de penetrancia incompleta, con evolución variable (desde crisis febriles hasta síndrome de Dravet).

Objetivos: Describir las características clínicas de los niños afectados, enfatizando comorbilidades y tratamiento.

Pacientes y Método: Se incluyeron 21 pacientes con diagnóstico compatible con espectro GEFS+ (crisis febriles plus, con/sin crisis afebriles), con al menos un familiar con diagnóstico de epilepsia/GEFS+, reclutados en el período 1996-2010 por uno de los autores (M.Devilat). El seguimiento promedio

fue de 5,3 años (1-11 años).

Resultados: Del total, 10(47,6%) eran hombres. La media de edad al inicio del cuadro fue de 21,2 meses. Se encontró comorbilidad neurológica en 19(90%), destacando la hiperactividad y/o trastorno por déficit atencional (TDAH)(42%), trastornos del aprendizaje, del lenguaje y retraso mental(19% cada uno). Cinco (23%) asociaron trastorno de conducta. Los diagnósticos más frecuentes fueron “crisis febriles plus y epilepsia parcial secundariamente generalizada” (38%) y “crisis febriles plus”(28,5%). Trece (61,9%) tuvieron alteraciones electroencefalográficas específicas. Once (52%) recibían ácido valproico como monoterapia. Cinco (23%) mantuvieron crisis sobre los 10 años. Dos grupos (de 2 y 3 pacientes) eran hermanos.

Discusión: Sobresale la gran asociación con alteraciones cognitivo-conductuales, principalmente con TDAH.

Conclusiones: Un porcentaje importante evolucionó a epilepsia parcial secundariamente generalizada. Dos tercios tuvieron electroencefalograma alterado. La mayoría se trató con ácido valproico y estaba libre de crisis a los 10 años de edad.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA
Epilepsia
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 16

CALLOSOTOMIA EN EL MANEJO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA (ER): EXPERIENCIA DE 20 AÑOS

Felipe Castro, V. Lilian Cuadra, Cecilia Okuma, Arturo Zuleta.

Dpto. Pediatría Campus Norte U. de Chile
2.Instituto de Neurocirugía Asenjo (INCA).

Introducción: La callosotomía (CC) es una alternativa quirúrgica en el manejo de la ER, en especial en el control de las crisis atónicas y tónicas generalizadas. En el INCA se realiza hace tiempo y a partir del 2005 se ha incorporado el video-monitoreo EEG digital y la Resonancia por Tensor de Difusión (DTI).

Objetivo: Evaluar la eficacia y la seguridad de la callosotomía en un centro de derivación nacional.

Métodos: Se revisaron datos de los pacientes operados mediante CC en el Servicio de Neurocirugía Pediátrica en el periodo 1990 a julio de 2009, recopilando antecedentes clínicos, imagenológicos y terapéuticos.

Resultados: Total 67 pacientes, 46 hombres, promedio inicio de crisis 1,4 años (0 a 11, mediana 0,7). Etiología: 48/19 epilepsias sintomáticas, de éstas, el 35% eran Malformaciones del Desarrollo Cortical. El 56% presentaba un disfunción cognitiva severa. Promedio de anticonvulsivantes en uso 2,4. El 67% fue estudiado mediante video monitoreo digital y el 15% mediante DTI. Promedio de edad a la cirugía de 8,9 (2,6 a 15, mediana 9). El 29% presentó complicaciones, de éstas, el 47% fueron infecciones fuera del SNC. Sólo 35/67 tiene registros de seguimiento mayor a 1 año, de estos, el 71% experimentó reducción de crisis mayor a 50% y el 20% sin crisis. 21/67 seguimiento dos o más años, 13 continuaban con reducción de su número de crisis y 6 sin crisis.

Conclusión: La CC constituye una opción segura y eficaz de tratamiento, aunque el bajo número de pacientes con control impide extraer mayores conclusiones

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA

Epilepsia

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 27

PACIENTES CON EPILEPSIA HOSPITALIZADOS

Víctor Olivares, Marcelo Devilat, Verónica Gómez, Patricia Alfaro, Alejandra Gálvez.

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna. Universidad de Chile.

Introducción: Algunos pacientes con epilepsia son frecuentemente hospitalizados.

Objetivo general: Describir el perfil clínico

de pacientes con epilepsia hospitalizados y evaluar su costo.

Material y Método: Análisis retrospectivo de un grupo de pacientes entre enero 2010 y junio 2011. Se revisó listado de pacientes de visitas a hospitalizados. De ellos se evaluaron 70 niños hospitalizados que entre sus diagnósticos incluyera algún evento de crisis epiléptica o epilepsia. Se pudo revisar 30 fichas, eliminando 15 pues no tenían diagnóstico de epilepsia previo o en la hospitalización. Se realizó un EEG en hospitalización a 5 pacientes siendo 4 de ellos informados como alterados.

Resultados: Nueve enfermos se hospitalizaron por crisis epilépticas. La edad promedio fue de 53.4 meses (6 meses-16 años), 9 pacientes eran hombres. 6 eran preescolares, 6 lactantes, 2 escolares y 1 adolescente. El promedio de días hospitalizados fue 14 (1-65). Ocho pacientes fueron evaluados por Neurología durante la hospitalización modificando o complementando diagnóstico de ingreso. En 2 niños el diagnóstico de epilepsia se realizó durante la hospitalización. Cinco enfermos tenían epilepsia generalizada, 3 epilepsia parcial, 3 síndrome de West, 2 síndrome de Dravet y 2 Epilepsia Sintomática. Doce pacientes no presentaron crisis durante la hospitalización y de aquellos que las presentaron, fueron crisis tónico clónicas generalizadas. El ácido valproico fue el antiepiléptico más usado. La mayoría de los pacientes estaba en politerapia. El costo día cama promedio fue \$497.635(4.490-2.188.340).

Conclusiones: La mayoría se hospitaliza por crisis epilépticas, están en politerapia, presentan epilepsia previa y tienen un alto costo de hospitalización.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA

Epilepsia

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 40

CARACTERIZACIÓN DE UN GRUPO DE PACIENTES CON CONVULSION FEBRIL

Patricia Alfaro, Alejandra Gálvez, Víctor Olivares, Verónica Gómez, Marcelo Devilat. Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna. Universidad de Chile.

Introducción: las convulsiones febriles son frecuentes en la infancia.

Objetivo: caracterizar a los pacientes con diagnóstico de convulsión febril controlados en el Centro.

Material y Método: estudio retrospectivo. Se revisaron las fichas clínicas de 131 pacientes con convulsión febril controlados entre junio de 2008 y julio de 2011, de las cuales se pudo obtener 37 fichas. El tiempo de control fue en promedio de 3,2 años (rango 6 meses a 10 años).

Resultados: 20 fueron hombres. 9 tenían antecedentes familiares de epilepsia o convulsión febril. La primera convulsión febril fue en promedio al año un mes de edad (rango 6 a 33 meses). 20 presentaron convulsiones febriles simples y 17 complejas. 6 pacientes presentaron crisis de más de 10 minutos en algún momento de la evolución y 1 paciente presentó un estatus febril. 6 niños presentaron retardo del desarrollo psicomotor. La mayoría tuvo EEG normal. Todos recibieron tratamiento con diazepam rectal en forma intermitente y a 12 niños se les indicó además ácido valproico. 20 niños cumplieron adecuadamente el tratamiento. 17 pacientes tuvieron recurrencias en un tiempo de control promedio de 8 meses: 10 por fracaso del tratamiento y 7 por mala adherencia al tratamiento. Del total de pacientes 1 cursó con epilepsia y 1 con convulsión febril plus. 11 pacientes fueron dados de alta y 15 pacientes dejaron de acudir a control. 9 se encuentran aún en seguimiento.

Conclusiones: la mayoría presentó convulsión febril simple con EEG normal. A todos se les indicó diazepam rectal y 17 presentaron recurrencias.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA

Epilepsia
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 42
IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN POLICLINICO DE EPILEPSIA REFRACTARIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Ximena Varela, Dr. Felipe Castro V., Dra. Rocío Cortés Z. Dra. M. Ángeles Avaria Hospital Roberto del Río, Unidad Neurología. Dpto. Pediatría Campus Norte U. de Chile.

Introducción: Las epilepsias refractarias (ER) constituyen un desafío clínico y de salud pública. Hace 20 meses en el Hospital Roberto del Río se implementó un Policlínico de ER cuyo impacto no ha sido evaluado.

Objetivos: Evaluar el impacto de policlínico de ER en control de crisis y calidad de vida de los pacientes.

Métodos: Se encuestaron 29 de 43 pacientes controlados en policlínico ER, en Junio/ Julio 2011. Se aplicó una encuesta diseñada para evaluar percepción de los padres en relación a control de crisis y calidad de vida. Se realizó revisión de fichas recopilando antecedentes y respuesta a tratamiento.

Resultados: 17/29 son varones, edades 8 meses/17 años. Edad promedio inicio de crisis: 29 meses (mediana 10 meses). 17/29 crisis diarias, 24/29 retraso del desarrollo previo inicio de epilepsia. Etiología: 14/29 criptogénica, 15/29 sintomática. Al ingreso el promedio de fármacos utilizados era 3, 4 (rango 2 -5). En 24 pacientes se agregó al menos un nuevo medicamento. En 11/24 hubo reducción de crisis, 7 sin crisis al momento del control (2 a 8 meses). En 5 pacientes se aumentó dosis de medicamento mostrando: 2 reducciones de crisis, 2 sin crisis 1 sin cambios. 25/29 padres consideraron mejoría en frecuencia de crisis, 16 /29 mejoría en conducta. 15 / 29 consideraron la calidad de vida de sus hijos como buena o muy buena.

Conclusión: Se logró una importante mejo-

ría en el control de crisis, destacando positiva evaluación de los padres a intervención realizada.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA

Epilepsia

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 44

CRISIS CONVULSIVAS NO RELACIONADAS A HIPOGLICEMIA, EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1 (DM1)

Alejandra Hernández, Verónica Sáez, Scarlet Witting, Carla Rojas, Francisca López, Mónica Troncoso.

Neuróloga Infantil, Residente de Neurología Infantil.

Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). Facultad de Medicina, Campus Centro. Universidad de Chile. Santiago.

Introducción: En los últimos años ha existido gran atención en dilucidar existencia de asociación entre DM1 y epilepsias en la infancia. Reportes previos identifican mayor prevalencia en DM1, pero otros similar prevalencia que en la población general. Se ha postulado que existen elevados niveles de anticuerpos anti ácido glutámico decarboxilasa (anti GAD) en pacientes con DM1 y epilepsia.

Objetivo: Caracterizar clínicamente pacientes con DM1, con antecedentes de crisis convulsivas no asociadas a hipoglicemias, en controles en el servicio de neuropsiquiatría infantil del HCSBA.

Material y Método: Estudio descriptivo-retrospectivo, revisión de antecedentes clínicos, de pacientes con DM1 y crisis convulsivas no relacionadas a hipoglicemias.

Resultados: Ocho pacientes confirmados, 7 mujeres y 1 hombre, edad promedio de inicio DM1 fue 6,1 años, y de presentación de primera convulsión 7,6 años. En 7 de 8 casos el diagnóstico de DM1 precede al inicio de convulsiones: 4 con crisis de inicio parcial y 4 con crisis generalizadas, 5 tienen electroencefalograma alterado y 5 están en

tratamiento con ácido valproico, 7 tienen neuroimagen normal. Los niveles de anticuerpos anti GAD, medidos en 7 pacientes, son positivos en 6. **Discusión:** La identificación de crisis convulsivas en pacientes con DM1 se dificulta por la posible asociación con hipoglicemias. Coincidimos con reportes previos, que en la mayoría de los casos, la presentación de DM1 antecede a la presencia de crisis convulsivas. No se observa una diferencia en número de pacientes que presentan crisis focales y generalizadas. La mayor proporción de éstos, presentan positividad para anticuerpos anti GAD, lo que apoyaría la sospecha de existencia de una base autoinmune del trastorno.

Conclusiones: En esta serie clínica se muestra una relación entre pacientes con DM1 y crisis convulsivas no hipoglicémicas, en la cual podría estar implicado un componente autoinmune ya que sería el factor común en la mayor parte de ellos.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA

Epilepsia

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 48

ESTUDIO DE EPILEPSIA REFRACTARIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PRIMERA CONSULTA POR CRISIS EPILÉPTICA DURANTE AÑO 2011: PRIMER AVANCE.

Lucila Andrade, Keryma Acevedo, Juan Luis Aranguiz, Lilian Cuadra, Jorge Förster, Eliana Jeldres, Viviana Venegas, Jovanka Pavlov, Alberto Bustos.

Hospital Carlos van Buren, Red Salud Universidad Católica, Hospital de Huasco, Hospital Sótero del Río, Hospital Regional Rancagua, Hospital San Juan de Dios.

Introducción: No existen series de seguimiento de pacientes chilenos con primera crisis epiléptica ni información de cuántos de estos evolucionan a epilepsia.

Objetivo: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a la población infantil con primera consulta por crisis epiléptica. Determinar el

porcentaje de pacientes epilépticos en esta primera etapa de seguimiento.

Métodos: Estudio prospectivo realizado entre enero y junio 2011 en 6 centros de salud chilenos. Incluye pacientes de 1 mes a 15 años de edad que realizan primera consulta por crisis epiléptica y/o crisis febril compleja. Previa firma consentimiento informado, se recogen datos clínico-epidemiológicos y se realiza seguimiento.

Resultados: Ingresan 155 pacientes. 54,2% de sexo femenino y 50,3% menores de 5 años. 46,5% presenta algún antecedente perinatal, especialmente prematuridad (11,6%). 42,6% presenta antecedentes morbidos relevantes (RDSM 17,4%, parálisis cerebral 3,8%). 64% presentó crisis generalizadas. Se detectó anomalía en 61% de los EEG efectuados. El 61% cumple criterios diagnósticos de epilepsia, presentando un 38,2% de estos neuroimágenes anormales. El antecedente familiar de epilepsia no fue un factor de riesgo significativo ($p=0,87$). 86 pacientes están en tratamiento con fármacos antiepilépticos, 9,3% usa al menos dos y 5,8% requirió cambio de fármaco durante el seguimiento.

Conclusiones: Destaca predominio de inicio de las crisis en lactantes y preescolares coincidiendo con estadísticas internacionales. El porcentaje de recurrencia de crisis mayor al descrito, plantea la necesidad de evaluar dificultad de acceso y consulta tardía. El uso temprano de más de un fármaco o cambios de tratamiento, puede estar indicando eventual evolución a epilepsias refractarias.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA
Epilepsia
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 49

INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN NEUROLOGÍA INFANTIL: REALIDAD NACIONAL DE LA POSTULACIÓN DE PROYECTOS A FONDOS ESPECIALIZADOS EN SALUD.

Lucila Andrade, Keryma Acevedo, Juan Luis Aránguiz, Lilian Cuadra, Jorge Förster, Eliana

Jeldres, Viviana Venegas, Jovanka Pavlov, Alberto Bustos.

Hospital Carlos van Buren, Red Salud Universidad Católica, Hospital de Huasco, Hospital Sótero del Río, Hospital Regional Rancagua, Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Chile posee un alto nivel técnico en neurología infantil, con poca investigación clínica prospectiva. Esta situación alcanza a la Epilepsia, importante problema como país en desarrollo. La ILAE promueve la investigación clínico-epidemiológica local como pieza fundamental para mejorar la atención del paciente, con fondos como FONIS-CONICYT.

Objetivo: Describir proceso de postulación FONIS para neurología infantil. Evaluar fortalezas y debilidades de implementación de proyecto multicéntrico.

Metodo: Revisión postulación FONIS: "Incidencia de resistencia a tratamiento médico en pacientes con primer diagnóstico de epilepsia durante 2011, estudio multicéntrico". Encuesta a investigadores.

Resultados: Desde 2004 a 2009, postularon 2830 proyectos Fonis, financiando 224 (7,9%), dos en neurología infantil. En 2010 se invitaron 25 neurólogos infantiles a proyecto de investigación en epilepsia. Seis comprometieron su participación cumpliendo bases Fonis. Postulan 281 Proyectos, 50 seleccionados para II fase y manuscrito es escogido entre 30. Experiencia equipo investigadores: 1/6 había concursado proyectos financiados, 2/6 han participado en estudios financiados y ninguno en estudios multicéntricos. Los investigadores destacan el aporte de fortalezas individuales, la amplia muestra y los recursos económicos. Resalta la dificultad para reunir al equipo. La implementación requirió ajustarse al protocolo y operacionalizar los respaldos institucionales. El manejo administrativo multicéntrico de la Institución beneficiaria, generó retrasos superados.

Conclusión: La postulación a fondos de investigación es un proceso complejo, estricto pero accesible. Es facilitado al tener

experiencia anterior. El trabajo colectivo enriqueció la propuesta de investigación y el financiamiento facilita tareas. Los estudios multicéntricos tienen un alto poder y calidad que permitirá cumplir objetivos PAHO-Epilepsia (2012-2020).

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA
Epilepsia
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 50

EPILEPSIA A ASOCIADA A ERRORES IN- NATOS DEL METABOLISMO, ESTUDIO Y EVOLUCION EN 68 PACIENTES

Scarlet Witting, Mónica Troncoso, Paola Santander, Karla Henríquez, Ledia Troncoso, Andrés Barrios, Carla Rojas, Francisca López.

Neurólogos Infantiles. Residente Neurología Pediátrica.

Servicio Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad Medicina Campus Centro Universidad de Chile.

Introducción: Las convulsiones son un síntoma común en un gran número de enfermedades metabólicas. Se producen como eventos ocasionales secundarios a descompensación metabólica o como una condición epiléptica establecida.

La epilepsia en estos trastornos se puede clasificar dependiendo de la fisiopatología, edad de inicio y del tipo de crisis.

Objetivos: Determinar las principales enfermedades metabólicas que se asocian a crisis epilépticas, edad de inicio, formas de presentación y respuesta a tratamiento.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo retrospectivo de 130 pacientes con enfermedades metabólicas atendidos en nuestro Servicio. Revisión de antecedentes clínicos.

Resultados: Se evaluaron 23 enfermedades metabólicas, con un total de 130 pacientes, de los cuales 68 (52%) presentaron crisis epilépticas. Las crisis se presentaron entre las primeras horas de vida y los 21 años de edad (promedio 60 meses). Predominaron

las crisis focales en un 74%, seguida de las generalizadas en un 26%. Se presentó epilepsia en un 100% de los pacientes con: hiperglicemia no cetósica, gangliosidosis, lipofuscinosis, peroxisomales de inicio neonatal, déficit de sulfito oxidasa, MELAS, MERRF, Déficit de GLUT 1. Los fármacos más utilizados fueron el fenobarbital, seguido por la carbamazepina, y posteriormente ácido valproico. Evolucionaron con refractariedad farmacológica un 22% de los pacientes.

Conclusión: en nuestra serie las principales enfermedades metabólicas que se asocian a crisis epilépticas son las descritas y más de la mitad (52%) se asociaron a crisis epilépticas. Se iniciaron con mayor frecuencia en los primeros cinco años de vida. Predominó el síndrome epiléptico focal con generalización secundaria y son refractarias en un 22%.

Comentario: La identificación de una epilepsia secundaria a una enfermedad metabólica es de gran importancia debido a la posibilidad de establecer el tratamiento en forma precoz y oportuna.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA
Epilepsia
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 53

VARIABILIDAD FENOTIPICA DE ESCLE- ROSIS TUBEROSA Y EPILEPSIA

Espinosa Mauricio, Avendaño Marisol, González Juan Enrique, Carvajal Maritza
Unidad de Neurología, Hospital Exequiel González Cortés.

Introducción: La Esclerosis Tuberosa (ET) es una patología neurocutánea, multisistémica, autosómica dominante, que afecta los cromosomas 9(TSC1) y 16(TSC2), 2/3 corresponden a mutación de novo. El 80-85% presenta epilepsia.

Objetivo: Describir las características clínicas de pacientes con ET y epilepsia que se controlan en la Unidad de Neurología del Hospital Exequiel González Cortés (HEGC).

Metodología: Estudio descriptivo de prevalencia, en pacientes de la Unidad de Neurología del HEGC con ET y epilepsia al año 2011. Se revisó base de datos Excel del Programa de Epilepsia y sus tarjetas de control (n=615), seleccionándose aquellos con ET. Se tabula con base de datos SPSS.

Resultados: 11 presentan ambos diagnósticos. 6 varones y 5 mujeres. Edad promedio inicio de epilepsia fue 34,1 meses (2 meses-11 años) y para el diagnóstico de ET 45,6 meses (2 días-11 años). En 18% el diagnóstico inicial fue ET, manifestando epilepsia posteriormente, 27% tienen CI normal; 91% máculas hipopigmentadas; 27% angiofibromas faciales; 64% rabdomiomas cardiacos; 18% angioliomas renales. Del total de pacientes 36% presentó Sd. de West; 64% epilepsia parcial sintomática al inicio y 9% presentó pseudocrisis concomitantemente. 64% utiliza monoterapia, 36% politerapia y 9% requirió callosotomía. 100% de los Sd. West se trata con Vigabatrina. Del total 9% está libre de crisis.

Conclusiones: Destaca la precocidad de aparición de Epilepsia en esta muestra previo a las manifestaciones clínicas patognomónicas que en la mayoría de los casos se presentaron en forma progresiva y gradual hasta completar el fenotipo. Se debe continuar sospechando el diagnóstico aún en ausencia del fenotipo clásico.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA
Epilepsia
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 55

CONDUCTA INICIAL FRENTE A CONVULSIONES FEBRILES EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA BENEFICIARIA DEL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO

Mariela Villagra, Juan Eduardo Grez, Felipe Castro
Hospital Roberto del Río, Unidad Neurología. Dpto. Pediatría campus Norte Universidad de Chile.

Introducción: Las convulsiones febriles se

presentan en 2 a 5 % de los niños, constituyendo el evento convulsivo más común en menores de 60 meses. Pese a las recomendaciones actuales, aún el diagnóstico, evaluación y manejo de las convulsiones febriles sigue siendo un tema de controversia.

Objetivo: Describir el manejo inicial de las convulsiones febriles en la población pediátrica.

Método: Estudio descriptivo mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes diagnosticados en policlínico de Neurología como convulsión febril durante el año 2010 en la población pediátrica beneficiaria del Hospital Roberto Del Río.

Resultados: Total 57 pacientes. 87,7% consultaron a servicio de urgencia del hospital o SAPU. 38,6% recibe tratamiento anticonvulsivante, en 81% se administra en estado ictal, en 9,5% en estado postictal y no especificado en 9,5%. Se administra anticonvulsivantes en 30,8% de las convulsiones febriles simples, y en 30,4% de las complejas ($p < 0,05$). Se realizó punción lumbar en 11,1% de las convulsiones febriles simples y en 26,1% de las complejas. Se hospitalizaron 18,5% de las convulsiones febriles simples y 43,5% de las complejas por esta causa.

Conclusiones: Pese a lo alarmante que puede resultar este cuadro, un 12,3% no consultó en el momento de la crisis. Un porcentaje importante recibe tratamiento anticonvulsivante sin estar en crisis, dificultando la evaluación posterior del paciente. Se indicó tratamiento en forma similar tanto a convulsiones febriles simples como a complejas. Se realizó punción lumbar y se indicó hospitalización con mayor frecuencia en las convulsiones febriles complejas.

SALA 1 Salón Bahía 1 NEUROLOGIA
Epilepsia
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 56

¿LOS CRITERIOS DE EPILEPSIA BENIGNA DE LA INFANCIA CON ESPIGAS CEN-

TROTEMPORALES (EBCT) TÍPICA SON PREDICTORES DE BUEN PRONOSTICO?

Felipe Castro, Ximena Varela, M. Angeles Avaria, León Adlerstein
Hospital Roberto del Río, Unidad Neurología,
Dpto. Pediatría Campus Norte U. de Chile.

Introducción: La EBCT es la epilepsia idiopática más frecuente en la edad pediátrica. Clásicamente se ha considerado un síndrome electro-clínico de buen pronóstico, sin embargo, se han descrito formas atípicas que se asocian a una peor evolución.

Objetivo: Evaluar si los criterios clásicos de EBCT típica son predictores de un buen control de crisis y de desarrollo.

Métodos: Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de epilepsia focal idiopática entre los años 2004 a 2009, analizando retrospectivamente aquellos con diagnóstico clínico de EBCT y electroencefalograma (EEG) con foco rolándico. Se definió como EBCT típica al debut de la epilepsia: edad de inicio 3 a 13 años, crisis parciales simples con o sin generalización, ausencia de Trastorno del Desarrollo (TD) y EEG característico.

Resultados: Se revisaron 375 fichas; 41 pacientes cumplieron criterios de EBCT. EBCT típica 23/41: edad promedio inicio de crisis 6,9; EBCT atípica 6,4; 20/23 con EBCT típica tuvieron crisis focales con generalización secundaria. De los paciente con EBCT atípica 12/18 presentaban trastornos del desarrollo, 4/18 crisis parciales complejas, 2/18 inicio < de 3 años, 3/18 EEG con otros focos. EBCT típica: 18/23 fueron tratados con CBZ; 15/23 libres de crisis al año. Atípicas 10/18 tratadas inicialmente con CBZ, 7/18 libres de crisis al año. ($p=0,09$). TD al término del seguimiento: EBCT típica 14/23 y 14/18 para atípica ($p=0,24$)

Conclusión: En este grupo de pacientes los criterios de EBCT típica indican una tendencia hacia un mejor control de crisis no así en pronóstico de TD.

SALA 1 Salón Bahía 1
Epilepsia

Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 59**INDUCCIÓN DE CRISIS PSICÓGENAS NO EPILÉPTICAS. COMPARACIÓN ENTRE USO DE PLACEBO CON SOLUCIÓN SALINA VS. MANIOBRA DE HIPERVENTILACIÓN MÁS ESTÍMULO FÓTICO SERIADO.**

Tomás Mesa, Loreto Ríos, Ada Chicharro, Marcelo Muñoz.

Departamento de Pediatría y Laboratorio de EEG, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Liga Chilena Contra la Epilepsia (LICHE), Laboratorio de EEG, PUC.

Objetivos: Comparar la seguridad y eficacia de la maniobra de inducción de crisis psicógenas no epilépticas, durante EEG rutinarios ambulatorios, con uso de placebo de inyección IV de solución salina versus maniobra simultánea de hiperventilación (HV) y Fo-testimulación (FE).

Pacientes y métodos: Se incluyeron 60 pacientes, de 2 centros (30 pacientes cada uno), Edades: 11 a 63 años, 48 mujeres y 12 hombres. El centro A (PUC) utilizó como procedimiento de rutina la técnica de placebo y el centro B (LCCE) utilizó el procedimiento de HV y FE simultánea.

Se verificó previo a la inducción, que el registro basal fuese normal en todos ellos.

Resultados: Centro A: 22 mujeres y 8 hombres. 19 pacientes presentaron crisis psicógenas no epilépticas con la técnica placebo (63% de eficacia). Ninguno de ellos registró crisis epilépticas u otros efectos adversos. Centro B: 26 mujeres y 4 hombres. 24 presentaron crisis psicógenas no epilépticas, utilizando simultáneamente HV y FE (80% de eficacia). No se registraron crisis epilépticas inducidas por el procedimiento. Un paciente, que fue negativo para evento psicógeno, evidenció actividad epileptiforme interictal durante la activación.

Conclusiones: Teniendo en cuenta las complicaciones éticas discutidas la utilización de placebo, que implica “ocultar” información relevante al paciente, y considerando que la

espera espontánea de una crisis psicógena durante un video-eeg es de muy alto costo, la maniobra de activación con uso simultáneo de HV+FE parece ser un procedimiento seguro, más eficaz e incluso más informativo en pacientes altamente sospechosos de tener convulsiones psicógenas no epilépticas.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos- infecciosos/ Autoinmune Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 28

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DAÑO AXONAL DIFUSO TRAUMÁTICO

M. Cecilia Riutort, Ingrid Cardoso, Catalina Samsó, Tomás Mesa, Raúl Escobar, Keryma Acevedo, Marta Hernández, Alicia Nuñez
Unidad de Neurología, División de Pediatría.
Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Daño axonal difuso (DAD) es una injuria del encéfalo, donde hay ruptura de axones y de la microvasculatura. Causa más común de estado vegetativo persistente y discapacidad grave después de un TEC, genera secuelas neuropsicológicas importantes en adulto. En pediatría, pocos reportes de la caracterización clínica, y pronóstico a corto y largo plazo.

Objetivos: Caracterización clínica de pacientes pediátricos con TEC y DAD.

Métodos: Revisión de fichas y descripción de variables de pacientes hospitalizados con TEC y DAD.

Resultados: Tres pacientes de 3, 6 y 10 años de edad, sanos, con mecanismo de trauma un accidente de tránsito. Los dos primeros tenían múltiples fracturas asociadas, el compromiso de conciencia duró 2 y 5 días respectivamente. Ninguna TC de cerebro tenía evidencias de DAD, la RM de cerebro mostró DAD de Grado II, III y I respectivamente. Los días de ventilación mecánica fueron 2.3 (0-5), de hospitalización en UPC 14.6 (5-36) y días hospitalización total fueron 18.6 (5-47). Glasgow del ingreso fue

7, 8 y 14 respectivamente. EEG con enlentecimiento focal en uno. Dos pacientes usaron anticonvulsivantes (uno por crisis clínicas). Al alta el paciente con DAD grado I presentó paresia facial y disminución agudeza visual, paciente con DAD grado II hemiparesia derecha leve y síndrome piramidal bilateral y paciente con DAD grado III con alteraciones conductuales.

Conclusiones: La RM de cerebro aumenta la probabilidad de diagnosticar DAD. Estos 3 pacientes evolucionaron favorablemente al alta. Pocos estudios de caracterización clínica del DAD en pediatría y del impacto neuropsicológico de ellos.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos- infecciosos/ Autoinmune Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 37

APROXIMACION DIAGNOSTICA DE TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Ninoska Inochea, Carol Yáñez, Estebeni Baltra, Francisco Cabello, Fernando Novoa, Miguel Valero
Unidad de Neuropsiquiatría Infantil. Unidad de Hemato-oncología Infantil. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile.

Introducción: Los tumores del sistema nervioso central (SNC) constituyen la segunda causa de tumores en niños después de la leucemia, con una incidencia de 2-5 por 100.000 casos al año. El diagnóstico ante la sospecha clínica es fundamental con imágenes, y posterior confirmación histopatológica.

El tratamiento es generalmente quirúrgico y de ser necesario tratamiento oncológico.

Objetivo: describir la aproximación diagnóstica en base al primer síntoma que motivó la consulta, tiempo que demora hacer el diagnóstico imagenológico, y el tipo histológico de tumor.

Pacientes y Métodos: análisis retrospectivo de fichas de pacientes que consultaron entre 2005-2010 al Hospital Carlos Van Buren.

Resultados: Se revisaron (34) casos de tumores del SNC. En 29.4% (10/34) el motivo de consulta fue cefalea, en 29.4% (10/34) vómitos explosivos, 14.7% (5/34) compromiso de conciencia, 14.7% (5/34) ataxia, y en 11.8% (4/34) otras causas como diplopía, vértigo, convulsiones y amaurosis.

El diagnóstico imagenológico ocurrió en promedio dentro los primeros 21 días.

La confirmación histopatológica fue de 32.3% (11/34) astrocitoma, 20.5% (7/34) meduloblastoma, 14.7% (5/34) glioma, 8.9% (3/34) ependimoma, y un 23.5% otros tipos histológicos.

Del total de pacientes examinados, 82% (28/34) tuvo un examen neurológico alterado en la primera consulta.

Conclusion y comentario: un alto porcentaje de los tumores del SNC tiene un examen alterado en la primera entrevista, y el principal motivo por el que consultan a la urgencia es cefalea y vómitos explosivos. El tiempo de diagnóstico imagenológico es rápido en nuestro Hospital, y el tipo histológico hallado mas frecuente fue el astrocitoma.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA

Recién nacidos infecciosos/Autoinmune Epilepsia 2

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 29

ENCEFALOPATIA BILIRRUBINICA (ER): SEGUIMIENTO DE 4 CASOS CLINICOS

Venegas Viviana, Margarit Cynthia, Pavlov Jovanka, Zamora Claudia, Manríquez Marcos.

Servicio de Neuro Psiquiatría Infantil, Hospital san Juan de Dios, Santiago, Chile.

Introducción: ER incluye espectro fisiopatológico y clínico de lesión del sistema nervioso central por bilirrubina.

Objetivo: describir manifestaciones agudas y crónicas de ER.

Método: Revisión retrospectiva de 4 pacientes con ER del Hospital San Juan de Dios.

Resultados: El 50% sexo masculino, seguimiento promedio: 5 años (rango 30 - 77 meses).

RNT 37 sem, masculino, 5° día hipoalimentación, hipotonía y succión débil, Bb Total 25.41mg/dl, 3 días fototerapia. Examen 4años 2m, desarrollo psicomotor normal RNM impregnación ganglios basales y EEG normal.

RNT 38 sem, masculino, 5° día ictericia e hipotonía BbTotal 36 mg/dl , 2 días fototerapia más exanguineotransfusión. Examen 2años 2m desarrollo psicomotor normal Hipoacusia sensorineural moderada derecha RNM impregnación ganglios basales y EEG normal.

RNPT 35 sem, femenino, 16° día compromiso de estado general, hipoalimentación e ictericia, Bb Total 39mg/dl. Examen 7años3meses, hipoacusia sensorineural severa, tetraparesia espástica y epilepsia. RNM impregnación ganglios basales, EEG anormal.

RNT 40 sems, femenino, incompatibilidad grupo O-A, 5° día días hipotonía e ictericia, Bb Total 28.8 mg/dl, 7 días fototerapia, Examen 6años 9meses, parálisis cerebral mixta espástica distónica, hipoacusia sensorineural severa bilateral RNM impregnación ganglios basales y EEG normal.

Discusión: La ER presenta signos clínicos heterogéneos. El hallazgo de alteración de neuroimagen precoz no asocia secuelas definitivas. El seguimiento en estos casos aún no es concluyente ya que puede presentar tardíamente defectos atencionales y/o torpeza motriz. Se ha descrito un aumento de casos de ER asociado a factores de riesgo como prematuridad. Debemos estar alertas para prevenir, sospechar y tratar precozmente.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA

Recién nacidos-infecciosos / Autoinmune Epilepsia 2

Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 5

CAVERNOMAS EN PEDIATRÍA: DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS

M. Hernández, M López, C. Devaud, Isidro Huet.

División de Pediatría y Radiología Hospital Clínico Universidad Católica. Hospital Regional de Iquique. Santiago-Chile.

Introducción: Las malformaciones cavernomatosas son alteraciones vasculares angiográficamente ocultas cuyo manejo terapéutico, especialmente en los localizados en áreas elocuentes, permanece en debate. No hay estadísticas confiables de su incidencia. Ocurren en forma esporádica y familiar y su estudio debe apuntar a saber su ubicación, síntomas y riesgo de sangramiento entre otras.

Objetivo del Estudio: presentar 3 casos clínicos de pacientes con cavernomas y describir su presentación clínica y evolución.

Resultados: Se describen tres pacientes, dos de sexo masculino. **Paciente 1:** Niño, 5 años, previamente sano, en forma brusca presenta un status TCG de 60 minutos de difícil tratamiento que requiere tratamiento triasociado y conexión a VM. TAC cerebral inicial informa hemorragia cerebral y la RM describe cavernomatosis múltiple de ubicación supratentorial profunda y superficial. La evolución posterior fue hacia la recuperación sin secuelas. Conducta expectante.

Paciente 2: Niño, 11 años, antecedentes de migraña desde los 6 años, tratadas con propanolol, topiramato y terapia psicológica. TAC cerebral normal y RM informa cavernoma frontal derecho. Tratamiento de migraña y conducta neuroquirúrgica expectante.

Paciente 3: Niña, 3 años, retraso desarrollo psicomotor y crisis febril compleja (7 meses). TAC cerebro normal, RM antiguas microhemorragias cerebelosas y cavernomas cerebelosos pequeños. Evoluciona con epilepsia. Conducta neuroquirúrgica expectante.

Conclusión: Estas heterogéneas presentaciones clínicas se manejaron en forma expectante en relación a los cavernomas. Si bien el primer caso esta claramente relacionado a la clínica, los otros casos parecen ser hallazgos. La resonancia magnética es fundamental para el diagnóstico.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos-infecciosos / Autoinmune
Epilepsia 2

Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 54

ENCEFALOPATÍA TÓXICA POR TRAMADOL: REPORTE DE UN CASO

Mariela Villagra, Patricia Orellana, Felipe Castro

Hospital Roberto del Río, Unidad Neurología. Dpto Pediatría campus Norte Universidad de Chile. Hospital J.J. Aguirre. Santiago, Chile.

Introducción: Aproximadamente un 10% de los casos de intoxicaciones por fármacos en menores de 5 años ocurren por ingesta accidental de analgésicos, entre ellos los opiáceos. En la población pediátrica se describen escasos reportes de Leucoencefalopatía Tóxica, Cerebelitis Aguda e Hidrocefalia en intoxicación por Metadona y casos aislados de Síndrome Serotoninérgico y Falla multiorgánica en intoxicación por Tramadol.

Objetivo: Dar a conocer un caso de encefalopatía tóxica por tramadol poco reportada en la población pediátrica.

Método: Evaluación clínica y neuroimagenológica de un caso.

Resultados: Paciente masculino de 1 año, inicia cuadro de horas de evolución de irritabilidad, palidez y dificultad respiratoria, que evoluciona a paro respiratorio. Se recupera tras atención en Servicio de Urgencia. Examen Neurológico: no reactivo a estímulos, pupilas mióticas, flacidez e hiporreflexia generalizada, plantar extensor bilateral. Frente a antecedente de uso materno de Tramadol, Clonazepam y Metotrexato se solicita

examen toxicológico: muestra orina, sangre y contenido gástrico: Tramadol y/o metabolitos en abundante cantidad. TAC cerebral: hipodensidad en ambos hemisferios cerebelosos. RM Encéfalo: zonas hipointensas en sustancia blanca subcortical bilateral, de extensión hacia cefálico, con distribución que evoca compromiso de territorios vasculares limítrofes, la mayoría con restricción en difusión y aumento de tamaño cerebeloso.

Conclusión: La intoxicación por Tramadol es una de las causas de leucoencefalopatía y cerebelitis aguda en el niño. La extensión y distribución evidenciadas por RM Encefálica, sugieren daño hipóxico e isquémico asociado al efecto tóxico del fármaco.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos-infecciosos / Autoinmune
Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 60

AERRPS (ACUTE ENCEPHALITIS WITH REFRACTORY REPETITIVE PARTIAL SEIZURES)

ENCEFALITIS AGUDA CON CRISIS PARCIALES REPETITIVAS Y REFRACTARIAS: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS CHILENOS
Carolina Alvarez, Marta Hernández, Viviana Venegas, Ximena Verdugo, Andrés Castillo, Jorge Roque.
Clínica Dávila, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica, Clínica Alemana.

Introducción: Las encefalitis agudas denominadas AERRPS, son raras y se describen desde el año 1986, constituyen uno de los cuadros agudos más devastadores que pueden presentarse en neuropediatría. Su etiología discutida con indicios de un origen autoinmune. Los criterios diagnósticos: fase aguda previa al inicio del cuadro neurológico, crisis parciales intratables con evolución a status y exclusión de etiología infecciosa y metabólica.

Presentamos nuestra serie de 3 casos, para dar a conocer su presentación clínica, manejo y evolución, que se condicen altamente con lo descrito en la literatura.

Material y Método: Descripción clínica de 3 casos presentados entre el año 2008-2011 en 3 instituciones médicas de Santiago.

Descripción: El rango etario de los pacientes entre los 2 y 8 años, todos presentaron cuadros febriles previos de 2 días a 2 semanas y debutaron con compromiso de conciencia y status convulsivo parcial refractario dentro de las primeras 24 horas de inicio del cuadro neurológico. Los 3 pacientes fueron sometidos a coma barbitúrico y/o anestésico para lograr control del status. La duración del status desde 2 semanas y en uno persiste a la fecha.

Dentro de los exámenes neuroimágenes iniciales normales. Todos presentaron estudio positivo de anticuerpos antireceptor de GLUTAMATO en LCR.

La evolución fué catastrófica, los tres pacientes con severo daño neurológico y crisis de difícil manejo.

Conclusiones: Dada la severidad de esta entidad nos pareció de gran importancia presentarles nuestra serie de 3 casos chilenos con la finalidad de dar a conocer en nuestro medio la forma de presentación clínica, manejo y evolución.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos-infecciosos / Autoinmune
Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 64

EPILEPSIA DEL LOBULO FRONTAL EN NIÑOS

Alejandra Gálvez, Marcelo Devilat, Víctor Olivares, Patricia Alfaro
Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna. Santiago Chile.

Introducción: La epilepsia lóbulo frontal, es aquella cuya crisis tienen inicio eléctrico en el lóbulo frontal, independiente de sus manifestaciones clínicas.

Objetivos: Describir algunas características clínicas y electroencefalográficas de niños

con epilepsias frontales.

Material y método. Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a 11 de 23 niños, a cuyas fichas se tuvo acceso, de la casuística de uno de nosotros (MD), más 2 pacientes proporcionados por la Unidad de Neurofisiología. Los 13 niños tenían actividad hiper-sincrónica (espiga-onda) en el lóbulo frontal. La edad promedio al corte fue 9,8 años (11 meses a 18 años).

Resultados: Siete pacientes eran mujeres. La mediana de edad al diagnóstico fue 4,2 años (7 meses a 10 años). Nueve niños presentaron crisis parciales complejas y 4, generalizadas. Nueve tenían epilepsias frontales idiopáticas o criptogénicas, en 2 eran sintomáticas. Nueve enfermos presentaron foco frontal exclusivo. Cinco niños tenían comorbilidades neurológicas y 2, pediátricas. Cinco pacientes estaban en monoterapia y 8, en politerapia. Al momento del corte sólo 5 pacientes estaban sin crisis.

Conclusiones: Aunque la muestra es muy pequeña, se puede concluir que la mayoría de los pacientes presentan crisis parciales complejas y foco frontal exclusivo, que un tercio tiene comorbilidades neurológicas y que la respuesta al tratamiento es favorable en sólo la tercera parte de los pacientes.

SALA 2 Salón Bahía 2
Recién nacidos- infecciosos/ Autoinmune
Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 65
MIOCLONO NEONATAL BENIGNO DEL SUEÑO. EXPERIENCIA DEL ESTUDIO DE 9 PACIENTES

Claudia Castiglioni; Isabel López; Lorena Pizarro; Juan Francisco Cabello; Francesca Solari; Cristian Silva.
Unidad de Neurología Infantil, Departamento de Pediatría, Clínica Las Condes.

Introducción: El mioclono neonatal benigno del sueño (MNBS) es una condición descrita en 1982 que se confunde frecuentemente

con convulsiones. Ocurre exclusivamente durante el sueño, desapareciendo al despertar. Se inicia los primeros días de vida manteniéndose hasta cerca del 3er mes. Es una condición benigna y autolimitada que no requiere de uso de anticonvulsivantes.

Objetivo: Comunicar las características clínicas y evolución de pacientes con diagnóstico de MNBS.

Método: Estudio retrospectivo de una serie de pacientes con diagnóstico de MNBS evaluados por alguno de los coautores. En todos los niños se contó con una historia médica completa, examen neurológico, y registro de monitoreo video-EEG de un promedio > 2 horas.

Resultados: Serie de 9 pacientes con diagnóstico realizado en promedio al 8º día de vida, e inicio de síntomas antes de 1ª semana. **Antecedentes:** 8/9 RNT AEG; 9/9 apgar 9/10 a 5min. Todos presentaron mioclonías segmentarias de EESS y/o EEII de duración entre 1-15min, siempre sólo durante el sueño. Un paciente presentaba mioclonías de cabeza. Examen neurológico fue normal en todos salvo un paciente con microcefalia, y hallazgo posterior de una alteración cromosómica. Un paciente se presentó ya con tratamiento anticonvulsivante por sospecha de epilepsia neonatal. En todos se observaron las mioclonías y el registro EEG fue normal. En 6 se registró mioclonías durante el trazado. Se constató remisión espontánea de mioclonías antes del 3er mes.

Conclusión: El MNBS es una condición benigna necesaria de conocer para evitar estudio y tratamientos innecesarios.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos- infecciosos/ Autoinmune
Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 66
HIPSARRITMIA TÍPICA VERSUS HIPSARRITIMIA MODIFICADA
María Raquel Lipchak, Rocío Cortés, Ximena

Varela, Felipe Castro V, L Adlerstein, M. Ángeles Avaria.
Hospital Roberto del Río, Unidad Neurología.
Dpto. Pediatría Campus Norte U. de Chile.

Introducción: La Hipsarritmia es un patrón electroencefalográfico frecuentemente asociado a espasmos infantiles. Se han descrito variantes de este tipo de trazado cuyo valor pronóstico no se ha establecido.

Objetivo: Determinar si las características clínicas y evolución son distintos en pacientes con hipsarritmia típica (HT) versus hipsarritmia modificada (HM).

Métodos: Se seleccionan, del registro de Electroencefalografía, entre los años 2002 y 2008 los pacientes con los siguientes diagnósticos de derivación: Hipsarritmia, Síndrome de West, Espasmos, Esclerosis Tuberosa y Lennox-Gastaut. De 113 pacientes obtenidos, 40 presentaron hipsarritmia, accediendo a 26 fichas, para obtener los antecedentes. Según patrón EEG, se dividieron en HT y HM.

Resultados: 16/26 fueron HT. El promedio de inicio de crisis fue 5 meses para HT y 4 meses para HM. 13 /16 de las HT y 9/10 de las HM tuvieron espasmos. 4/13 (HT) y 8/9 (HM) tuvieron otro tipo de crisis previas o concomitantes a los espasmos ($p=0.01$). Etiologías: HT 3/16 idiopáticos, 3/16 criptogénicos y 10/16 sintomáticos. HM: 1/10 criptogénicos y 9/10 sintomáticos. Tratamiento: 13/16 en HT y 6/10 en HM usaron corticoides. Evolución: HT idiopáticas presentaron buena respuesta y desarrollo, HT criptogénica: 2/3 evolucionan a Epilepsia Refractaria (ER) y todo retardo mental (RM). HT sintomáticas: 7/10 presentaron ER y 9/10 RM. HM: 7/10 evolucionan con ER, todos con RM; 3 fallecen.

Conclusión: Los pacientes que presentaban HM tienen con mayor frecuencia otro tipo de crisis previo o concomitante a espasmos, sin haber diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo cognitivo posterior ni en la prevalencia de ER.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos- infecciosos/ Autoinmune
Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 72

EPILEPSIA EN PACIENTES CON COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA (CET) DE DIAGNÓSTICO NEONATAL.

Drs. Margarit Cynthia, Dragnic Yuri, Venegas Viviana, Pavlov Jovanka, Barba Fabiola.
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital San Juan de Dios, Clínica Santa María, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: CET presenta una expresión clínica multisistémica variable, la epilepsia se presenta en 90%. Existen pocos estudios que muestren la evolución de la epilepsia.

Objetivo: Descripción de evolución de epilepsia en pacientes con diagnóstico neonatal de CET.

Método: Seguimiento de 6 pacientes con CET que cumplen con criterios mayores, se revisa en forma retrospectiva su historia desde el período recién nacido, analizando compromiso global, evolucionando las diferentes complicaciones y en particular, inicio y evolución de su epilepsia.

Resultados: Sexo masculino: 83%, seguimiento promedio: 6 años 5 meses (rango 16-216 meses). 83% de los niños con diagnóstico prenatal de rabiomioma cardíaco lo que orientó el estudio de CET. Todos iniciaron epilepsia dentro del primer año, con espasmos infantiles en el 50%. Evolución con crisis focales en 83 % (1 de inicio neonatal) y 33% evoluciona con crisis refractarias. El 50% con DSM normal y en pacientes mayores de 5 años, 33% en colegio normal.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con CET desarrollan epilepsia y pueden presentar múltiples tipos de crisis. La epilepsia se desarrolló dentro del primer año de vida, y presenta alto riesgo de refractariedad. El tratamiento y control precoz de crisis, fa-

vorece el desarrollo cognitivo y evolución de la epilepsia.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos- infecciosos/ Autoinmune Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 74

ESPECTRO CLÍNICO Y MANEJO EN NIÑOS CON STATUS ELECTRICO DEL SUEÑO

Francisca López, Daniela Muñoz, Patricia Parra, Alejandra Hernández, Carla Rojas, Scarlet Witting, Ledia Troncoso, Mónica Troncoso. Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad De Medicina Campus Centro Universidad de Chile.

Introducción: Status Eléctrico del Sueño (ESES) se caracteriza actividad de punta-onda lenta continua del sueño lento. Clásicamente se describe asociado a Síndrome de Landau Kleffner(SLK), Epilepsia con Punta Onda Continua del Sueño Lento(EPOCSL) y Epilepsias Rolándicas de evoluciones atípicas (ER-EA). El deterioro cognitivo, conductual y/o motor es parte del ESES.

Objetivo: Describir espectro clínico, etiológico y manejo de 8 niños con ESES.

Material y Método: Revisión de datos clínicos y EEG/videoEEG de pacientes con ESES controlados en Servicio Neuropsiquiatría HCSBA, desde año 2005 a la fecha. Como diagnóstico electroencefalográfico se consideró actividad de POL continua en al menos 50% del sueño lento.

Resultado: Se analizaron 8 pacientes. Edad promedio de inicio de crisis 4a7m y de inicio de ESES 5a6m. Síndromes epilépticos relacionados fueron ER-EA(3), EPOCSL(3) y probable SLK(2). Con el inicio del ESES 7 pacientes presentaron cambio en perfil de crisis y todos mostraron deterioro cognitivo y/o conductual. Cinco pacientes respondieron al tratamiento (desaparición ESES y mejoría clínica). Mostraron eficacia: adición de

benzodicepinas (2), asociación clobazam-levetiracetam(1), valproico(1) y prednisona(1). El tiempo de duración del ESES fue variable (1mes-7años). Seis pacientes mantuvieron deterioro cognitivo, correspondiendo a quienes presentaron mayor duración.

Conclusión: ESES puede observarse en varios síndromes epilépticos. Con su aparición hubo cambio en perfil de crisis y deterioro cognitivo-conductual. Se observó respuesta del ESES, sin embargo el deterioro se mantuvo en la mayoría de los casos. La persistencia del deterioro se asoció a mayor duración del ESES.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos- infecciosos/ Autoinmune Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 75

SINDROME DE WEST EN NIÑOS CON SINDROME DE DOWN: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Carla Rojas, Scarlet Witting, Francisca López, Claudia López, Ledia Troncoso, Mónica Troncoso, Jocelyn Gutiérrez. Neuropediatra. Residente Neuropediatría. Servicio Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina Campus Centro, Universidad de Chile

Introducción: La prevalencia de crisis en el Síndrome Down (SD) es mayor que en la población general, (1-13%). 1/3 de ellos presentan Síndrome de West (SW), encefalopatía epiléptica, caracterizada por espasmos, regresión/ retraso desarrollo psicomotor (DSM) e hipsarritmia. Se describe típicamente evolución satisfactoria.

Objetivo: Analizar características clínicas, electroencefalográficas, evolución de pacientes con SD asociado a SW.

Materiales y método: Estudio descriptivo retrospectivo. 7 pacientes con SD asociado a SW entre Enero del 2002 hasta Mayo del 2011 en el servicio de Neuropsiquiatría Infantil del HCSBA.

Resultado: 7 pacientes, 4/7 mujeres. Debut del SW: 3-18 meses, media 9 meses. Tardanza diagnóstica: 1-16 meses, media 6,2 meses. 7/7 RDSM previo, 2/7 regresión DSM. Espasmo flexor 7/7. 6/7 recibieron ACTH y valproico, 1/7 sólo valproico. Post cura ACTH: 4/6 cese total de espasmos con normalización EEG (2/4). 2/6 presentaron remisión parcial de espasmos con persistencia de hipsarritmia (1/2) y EEG severamente anormal no hipsarrítmico (1/2). Paciente que recibió sólo valproico presentó respuesta electroclínica completa al mes de tratamiento. Evolución: Del total de pacientes, los que recaen (3/7) son aquellos que presentaron respuesta clínica parcial, persistencia de hipsarritmia o EEG severamente anormal post tratamiento inicial. Los pacientes con buena respuesta inicial a tratamiento, clínica y/o eléctrica (4/7) no mostraron recaída o persistencia de crisis a los 6 meses de seguimiento.

Conclusiones: Cerca del 40% presentó evolución desfavorable, no concordante con la literatura. Una mala respuesta inicial al tratamiento, tanto clínica como eléctrica se asoció a esta evolución.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos- infecciosos/ Autoinmune
Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 83

RESPUESTA AL TRATAMIENTO INICIAL EN NIÑOS CON EPILEPSIA

Consuelo Gayoso, Marcelo Devilat, Verónica Gómez.

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago-Chile.

Introducción: La respuesta inicial a los antiepilépticos (AE) parece ser un índice relevante en el pronóstico de los niños con epilepsia.

Objetivos: Evaluar la respuesta a los AE, en niños con epilepsia recientemente diagnosticados.

Pacientes y Método: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes disponibles ingresados desde enero-2008 a Julio-2010, correspondientes a 72 niños. El período de observación promedio fue 25 meses (20 a 30). Se analizaron las siguientes variables: edad al diagnóstico, diagnóstico tipo de epilepsia, tipo de AE administrado y la respuesta al 1°, 2° y 3° AE.

Resultados: La edad promedio al diagnóstico fue 48 meses (1 a 120). 43 pacientes (59,72%) respondieron al primer antiepiléptico sin nuevas crisis. De los 29 pacientes restantes (40,28%), 17 (58,6%) controló sus crisis con un 2°AE y 12 (41,37%) no las controlaron, de los cuales 3 (27%) quedaron sin crisis y 9 (73%) continuaron con ellas. La respuesta al 1°AE se observó en pacientes con epilepsias parciales y generalizadas idiopáticas en 32 pacientes (86%). Los 17 niños que respondieron al 2° y 3°AE tenían epilepsias mayoritariamente parciales y generalizadas criptogénicas y sintomáticas. El ácido valproico originó respuesta favorable como primer AE en 60% de los pacientes con ese tipo de respuesta. Otros AE utilizados fueron: carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, primidona, topiramato, levetiracetam, vigabatrina y lamotrigina.

Conclusiones: Dos tercios de los pacientes responden al primer AE, la mitad de los restantes responde al 2° AE. Un pequeño número de pacientes responden a un tercer AE. Para obtener respuestas favorables se utilizaron AE tradicionales y de última generación.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos- infecciosos/ Autoinmune
Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 84

LA HEMISFEROTOMÍA ES IGUAL DE EFECTIVA QUE LA HEMISFERECTOMÍA SELECTIVA EN LA REDUCCIÓN DE CRISIS EN EPILEPSIA REFRACTARIA

Juan Eduardo Grez, Lilian Cuadra, Felipe Castro, Arturo Zuleta.

Instituto de Neurocirugía- Hospital Roberto del Río.

Introducción: La Hemisferectomía Total y luego Hemisferectomía Selectiva fue hasta el año 2004 la cirugía de elección para ciertas epilepsias refractarias. Posteriormente se implementa la Hemisferotomía, con menor tasa de complicaciones quirúrgicas y similares resultados en control de crisis.

Objetivos: Comprobar la similitud de ambas técnicas en cuanto a control de crisis.

Metodología: Se analizaron todos los pacientes sometidos a ambos tipos de cirugía en el INCA y los resultados en control de crisis en ambas técnicas. Además, se evaluó: etiología, frecuencia y tipo de crisis, EEG pre-quirúrgico y discapacidad cognitiva. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para el análisis estadístico.

Resultados: se analizaron 31 pacientes, 13 (41%) sometidos a Hemisferectomía selectiva y 17 (59%) a Hemisferotomía. Ambos grupos tuvieron control de crisis mayor a 50%. 83.3% de pacientes sometidos a Hemisferectomía selectiva y 82,4% sometidos a hemisferotomía tuvieron control total de crisis, sin diferencia significativa entre ambas técnicas. Los pacientes sometidos a hemisferectomía presentaron 76,9% de complicaciones contra 66,7% de pacientes con Hemisferotomías, resultado sin significancia estadística.

Conclusiones: Ambas técnicas son comparables en cuanto al control de crisis, sin que en algún grupo de pacientes una técnica sea superior a otra. Es necesario contar con mayor número de pacientes para evaluar la tasa de complicaciones en ambas técnicas.

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA
Recién nacidos- infecciosos/ Autoinmune
Epilepsia 2
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 88
CREACIÓN DE UN POLICLÍNICO DE EPI-

LEPSIA REFRACTARIA DEL NIÑO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO: IMPACTO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO*

Lilian Cuadra Olmos, Jorge Förster Mujica.

Introducción: Numerosos centros neurológicos han creado policlínicos de epilepsia refractaria. En el Complejo Hospitalario Sótero del Río, funciona desde hace 2 años un sistema de atención para niños con epilepsia refractaria a fármacos, siendo derivados por sus neurólogos tratantes a un policlínico especializado. Los objetivos son mejorar tratamiento farmacológico, disminuir politerapia, mejorar acceso a cirugía y realizar estudios en medición de calidad de vida.

Objetivo: Mostrar resultados del funcionamiento por 2 años de policlínico multidisciplinario de epilepsia refractaria en Unidad de Neurología Infantil del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Material y Método: Se confecciona base de datos de pacientes atendidos en Policlínico, que incluye edad, tipo de epilepsia, fármacos antiepilépticos usados, evolución de las crisis, neuroimágenes, estudio y tratamiento en centro de cirugía, estudio metabólico y genético.

Resultados: Se analizan 40 pacientes. Las edades fluctúan entre 6 meses y 20 años. Antes de ingresar al policlínico, la mitad de ellos habían sido tratados con 3 o más fármacos. En 5 de ellos se descartó el diagnóstico de epilepsia. Dos tenían epilepsia no refractaria. De los 33 casos, 2 estaban en monoterapia, 17 en biterapia y 14 en triterapia. En 8 niños se indicó cirugía. En relación a la evolución de las crisis de estos 33 niños, 8 han sido dados de alta por estar sin crisis, uno fue derivado a la Unidad de adultos, quedando 23 niños en control (57%).

Conclusiones: Un manejo especializado en niños con epilepsia refractaria ayuda a precisar parámetros diagnósticos y terapéuticos. *Unidad de Neurología Infantil, Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río.

****Jefe de Unidad de Neurología Infantil, Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río.**

Bibliografía: 1.- Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Hauser A, Mathern G, Moshe SL, Perucca E, Wiebe S, French J. (2010). Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia* 51(9): 1069–1077; 2.- Taylor, J., Jacoby, A., Baker, G. A., Marson, A. G., Ring, A. and Whitehead, M. (2011), Factors predictive of resilience and vulnerability in new-onset epilepsy. *Epilepsia*, 52: 610–618, marzo 2011

SALA 2 Salón Bahía 2 NEUROLOGIA

Recién nacidos- infecciosos/ Autoinmune Epilepsia 2

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 36

REPORTE DE UN CASO: HEMIMEGALENCEFALIA ASOCIADA A SINDROME DE WEST

Ninoska Inochea, Catalina Rojas, Fernando Novoa Unidad de Neuropsiquiatría infantil Hospital Carlos Van Buren – Valparaíso.

Introducción: La hemimegalencefalia corresponde a un trastorno de la migración neuronal en la que se observa un crecimiento desproporcionado de un hemisferio, asociándose un porcentaje a síndrome convulsivo refractario y con indicación de hemisferectomía.

Caso Clínico: Lactante masculino de un mes derivado para estudio por macrocefalia. Eco cerebral: desviación línea media a izquierda con imagen periventricular derecha hiperecogénica. Al examen: fontanela amplia de 4cm de diámetro, perímetro cefálico límite superior, vigil, reactivo a estímulos externos, hipotonía axial, reflejos osteotendinosos presentes y simétricos.

Con estudio de Tomografía y Resonancia se confirma hemimegalencefalia derecha asociada a polimicrogiria.

Se realiza estudio de otras malformaciones mayores, sin hallazgos positivos.

Evoluciona con crisis tipo espasmos, EEG muestra estallido supresión predominio derecho. Recibe tratamiento con ACTH, fenobarbital y levetiracetam, sin mejoría clínica. Continúa con espasmos y EEG mantiene patrón estallido supresión con salvas de polispigas polipuntas onda lenta irregular generalizada de amplio voltaje con laterización a derecha y mayor expresión frontal de 10 segundos de duración y separado por periodos de severa depresión de voltaje. En controles por mal manejo de crisis se decide iniciar vigabatrina con lo que se logra disminuir su frecuencia, hasta esperar resolución quirúrgica en el Instituto de Neurocirugía cuando el peso del niño lo permita.

Conclusión: La hemimegalencefalia clínicamente se asocia con hemiparesia, retraso del desarrollo psicomotor y crisis de difícil manejo. Dentro de la asociación a encefalopatías epilépticas se puede ver con el síndrome de West, y el tratamiento de elección es neuroquirúrgico.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA

NEUROMUSCULAR

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 2

MOTRICIDAD ESPONTANEA ALTERADA INDICADOR DE RETRASO MOTOR (2)

Tapia N. Eva, Águila Tapia Francisco José. Médico Fisiatra. Centro Rehabilitación Infantil del Ejército. Santiago, Chile.

Introducción: La evaluación médica Vojta incluye una etapa visual de motricidad espontánea realizada en decúbito supino-prono describiendo segmentos corporales según edad cronológica.

Objetivo: Analizar motricidad espontánea alterada como indicador de retraso motor.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en CRIE, Enero 2008-Diciembre 2010.

Se trabajó con 108 casos entre 2 meses y 2 años de edad. Se aplicó evaluación Vojta incluyendo variables: sexo, edad gestacional,

parto, edad ingreso, motricidad espontánea: postura cefálica; hombros; codos; manos. Revisión ficha clínica y ficha Vojta específica.

Resultados: De 108 casos evaluados 57 (52.8%) son hombres, 51(47.2%) mujeres. Parto distócico 70 (64.8%), eutócico 37 (34.2%), prematuros 24 (22.2%). Primera consulta menores de 6 meses 70 (64.8%), menores de 3 meses 21 (19.4%). Presentó rotación interna de hombros, 54 casos (50%) reclinación cefálica, 106 (98%), apoyo simétrico de codos 96 (88%) desalineamiento cefálico 79 (73%), mano en puño 46 (42.5%). Análisis de datos con tabla de frecuencias. (absolutas –relativas).

Conclusiones: De los resultados obtenidos podemos deducir:

- 1.-Los casos estudiados mostraron alteración motricidad espontánea en primera evaluación médica específica en valores considerables, reforzando estudios previos con igual metodología.(2004-2005)(2006).
- 2.-Motricidad espontánea alterada, parámetro factible de pesquisar precozmente.
- 3.-Mano en puño presenta bajo porcentaje comparativo como ayuda diagnóstica.
- 4.-Parámetro útil de aplicar en evaluación motora Fisiátrica.
- 5.-Incentivar y motivar a equipos rehabilitadores a masivisar su aplicación para prevenir enfermedades discapacitantes.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 3

ANÁLISIS DE EVOLUCIÓN MOTORA EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIA VOJTA

Tapia N. Eva, Águila Tapia Francisco José.
Médico Fisiátra. Centro Rehabilitación Infantil del Ejército. Santiago, Chile.

Introducción: La evaluación motora modalidad Vojta permite diagnosticar Alteración de la coordinación central (retraso motor). El tratamiento realizado por equipo kinésico

consiste en aplicación de presión en puntos motores y posturas específicas con finalidad de obtener equilibrio en desfase motor relacionado a edad cronológica- corregida.

Objetivo: Analizar tiempo de aparición de hitos motores en tratados con terapia Vojta.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en CRIE, Enero 2008-Diciembre 2010.

Se trabajó 108 casos intervenidos modalidad Vojta, considerando variables: sexo, edad gestacional e ingreso, diagnóstico. Tiempo de emergencia apoyo simétrico codos (3 meses), autosedentación (6 meses), marcha independiente (hasta 18 meses). Revisión ficha clínica y Vojta específica.

Resultados: De 108 casos evaluados 57 (53%) hombres, 51 (47%) mujeres. Prematuros 24 (22.2%). Consulta menores 1 año 97 (89%). Logros: apoyo simétrico codos: 65 (60%) entre 4 - 5 meses / edad. Autosedentación 54 (50%) entre 6 - 8 meses, 34 casos (31.5%) mayor 8 meses. Marcha independiente: 72 (66.6%) entre 12 - 18 meses. 4 casos sin deambulacion por diagnóstico neuromotor. 11 casos cuya consulta fue mayor 1 año, 1 caso logró marcha en plazos esperados.

Conclusiones: Estos datos indican que:

- 1.- La mayoría de casos tratados precozmente logran equilibrar desfase motor en plazos iguales o cercanos a lo esperado.
- 2.- El tratamiento precoz estimula aparición de automatismo de la ontogénesis.
- 3.- Los casos sin terapia antes del año de vida no lograron equilibrar desfase motor aplicando igual esquema terapéutico.
- 4.-El seguimiento médico periódico - continuo permite lograr pesquisa precoz de amenaza espasticidad, alteraciones distónicas, genéticas y lenguaje.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 8 SÍNDROME GUILLAIN BARRE EN EL LACTANTE

Y.Luksic, E. Baltra, C. Rojas, S. Marín, F. Novoa. Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El Síndrome de Guillain Barré, es la causa más frecuente de parálisis flácida desde la erradicación de la poliomielitis. La incidencia en niños ha ido en aumento, pero su presentación es infrecuente en lactantes.

Objetivos: Describir clínica, evolución y tratamiento de lactante con diagnóstico de Guillain Barre durante hospitalización en HCVB.

Paciente y método: Lactante de 3 meses, sin antecedentes mórbidos y DSM normal. Ingresa el 12/03/11 por Infección urinaria, con buena respuesta al tratamiento. El 17/03/2011 se evalúa por síndrome hipotónico de instalación aguda. Al examen físico, lactante vigil, sonriente, sigue con la mirada, sin sostén cefálico, tetraparesia flácida, reflejos abolidos y sensibilidad conservada, se plantean diagnósticos diferenciales de AME, botulismo, síndrome miasténico, síndrome Guillain Barré. Se realiza electrofisiología que es compatible con poliradiculoneuropatía desmielinizante aguda, con onfa F prolongada. Se inicia tratamiento endovenoso con inmunoglobulina 1gr/Kg/día por 2 días, sin complicaciones y con buena respuesta. Al 7° día se realiza punción lumbar con disociación albumino-citológica, se solicita PCR para virus Polio (-). Evoluciona favorablemente, es dada de alta el 28/03/2011 con buen sostén cefálico, movilización de 4 extremidades M3, ROT presentes. En control al mes en policlínico, buen estado general, paresia M4 en 4 extremidades y controles en fisioterapia y teletón.

Conclusiones: El Síndrome Guillain Barré, aunque infrecuente debe ser considerado en el lactante hipotónico agudo. La sospecha precoz, otorga un tratamiento oportuno, evita complicaciones y ofrece rehabilitación que permite un mejor pronóstico.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 19 ESTUDIO MOLECULAR DE CHARCOT MARIE TOOTH (CMT1A) Y NEUROPATÍA HEREDITARIA POR SENSIBILIDAD A LA PRESION (HNPP) MEDIANTE PCR MÚLTIPLE DE SONDAS LIGADAS (MLPA)

Lorena Santa María, Angela Pugin, Lorena Pizarro, Bianca Curotto y M. Angelica Allende.

Laboratorio de Neurogenética, INTA-Universidad de Chile.

Introducción: CMT1A es la forma más común de las Neuropatías periféricas hereditarias, es clínicamente heterogénea y caracterizada por enlentecimiento severo en la velocidad de conducción nerviosa. HNPP es una neuropatía caracterizada por el adormecimiento-parálisis que ocurre posterior a una presión nerviosa sostenida. El origen genético de ambas neuropatías se asocia a la misma región de 1,5 Mb en 17p11.2 donde mapea el gen PMP22, que codifica para la proteína de la mielina periférica 22. Las diferencias fenotípicas de ambos síndromes se producen por una duplicación en CMT1A y por una deleción en el caso del HNPP. En ambos casos el diagnóstico confirmatorio requiere el análisis a nivel molecular de la mutación. **Objetivo:** Confirmar el diagnóstico clínico de CMT1A y HNPP, mediante la aplicación de una técnica molecular confiable, rápida y de fácil acceso. **Metodología:** Al ADN genómico extraído a cada paciente se aplicó la técnica MLPA® que amplifica por PCR sondas diseñadas para la región CMT1A/HNPP. **Resultados:** De los 7 pacientes derivados para estudio molecular de CMT1A, 5(71%) mostraron una ganancia de 1,5 veces en el número de copias de DNA de la región CMT1A/HNPP (duplicación) y los 2 pacientes con diagnóstico clínico de HNPP mostraron una pérdida de 0,5 veces en el número de copias para esa misma región (deleción).

Conclusiones: El MLPA demostró ser efi-

ciente en la detección de ambas mutaciones, permitiendo la confirmación diagnóstica de neuropatías CMT1A y HNPP a nivel molecular. Esto permite diferenciarlas de otras neuropatías con rapidez, certeza y de manera no invasiva.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 25

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEURALGIAS CRANEANAS.

Ingrid Cardoso, Marta Hernández y Raúl Escobar.

Unidad de Neurología, División de Pediatría.
Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las neuralgias craneanas son trastornos paroxísticos de dolor intenso, unilateral, invalidante y recurrente. Son infrecuentes y pueden ser secundarias a compresión o inflamación de un nervio craneano. En niños sólo se han descritos casos aislados.

Objetivos: Describir características clínicas y biodemográficas de 4 niños con neuralgias craneanas.

Métodos: Revisión de fichas clínicas, descripción de síntomas y signos clínicos y evolución.

Resultados: Las edades fluctuaron entre 3 y 16 años, 3 hombres. Según compromiso neural: 2 neuralgias occipitales, 1 supraorbitaria y 1 glossofaríngea. En dos casos la neuralgia ocurre en pacientes previamente sanos, con examen y estudio de imágenes normal y precipitados por una contusión craneana (occipital y supraorbitaria). En los dos restantes fueron secundarias a compresión neurovascular (TC de cerebro con calcificaciones y remodelación hueso occipital) y fibrosis perineural progresiva (RM de cerebro y biopsia). Los pacientes con neuralgia occipital y supraorbitaria refirieron dolor intenso, lancinante y de segundos de duración en la

zona respectiva, sin paso de línea media, con sensibilidad posterior. La paciente con neuralgia glossofaríngea, se presentó con crisis de dolor intenso tipo puntadas retroauricular derecha, irradiándose a cuello, gatilladas al comer, con disminución de la ingesta, al examen tenía compromiso pares bulbares y Horner derecho. Los 4 pacientes respondieron a carbamazepina, pregabalina o asociación de ambos.

Conclusión: Las neuralgias craneanas tienen una presentación característica, que permite una sospecha clínica y un tratamiento específico. Sus causas obligan a un estudio precoz. En esta serie, todos los pacientes respondieron a tratamiento para dolor neuropático.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 32

SECUENCIA MOEBIUS: DESCRIPCIÓN DE 6 CASOS EN HOSPITALES DE LA QUINTA (V) REGION

Valeria Rojas, Claudia Bustos, Stephanie Marin, Carol Yañez, Yerka Luksic, Catalina Rojas, Estebeni Baltra.

Unidad de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Carlos van Buren, Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Introducción: La parálisis facial y del nervio abducens congénita fue definida por Von Graefe en 1880. En 1888 Moebius describe la entidad clínica. Definición actual: parálisis facial uni o bilateral completa o incompleta, pérdida de abducción de los ojos, disfunción de otros pares craneales, malformaciones orofaciales, anomalía de extremidades, defectos de pared torácica. Hoy se considera una entidad subdiagnosticada, y no existen criterios mínimos para el diagnóstico.

Objetivo: Describir síntomas de inicio, edad de diagnóstico y diagnósticos diferenciales propuestos en una serie de pacientes.

Sujeto y método: Revisión de fichas de

pacientes con diagnóstico de secuencia Moebius en control en policlínico de Servicios de Neurología Infantil, V Región.

Resultado: Se encontraron 6 pacientes, 5 diagnosticados en los primeros meses de vida. 1 falleció. Destaca en dos casos el uso de misoprostol durante el embarazo. Motivo de estudio: 1 caso distress respiratorio, 1 hipomimia facial, 1 trastorno de alimentación. Al examen físico 5 pacientes con parálisis facial completa y todos con alteración de mirada conjugada bilateral. Alteraciones craneofaciales: 2 paladar alto, 2 microretrognatia, 1 fisura palatina. Malformaciones asociadas: 1 criptorquidia y polidactilia bilateral, 3 pie bott. Neuroimagen en 5 pacientes: 2 pendientes, 1 resultado normal y 2 alteraciones: atrofia cerebral, calcificaciones o ventriculomegalia. Diagnósticos diferenciales: síndrome hipotónico del recién nacido, anquilosis glosopalatina, secuencia CHARGE.

Conclusiones y comentarios: La secuencia Moebius es un complejo desorden del desarrollo del troncoencéfalo bajo, que se asocia a una gran variedad de malformaciones. Por ello es necesario conocer esta patología para plantearla como diagnóstico diferencial.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 39

ELECTROMIOGRAFIA DE FIBRA ÚNICA: EXPERIENCIA EN EDAD PEDIATRICA

Alejandra Siebert, Alejandra Méndez, Mónica Troncoso, Paola Santander, Francisca López,

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán. Facultad de Medicina. Campus Centro. Universidad de Chile. Médica Neuróloga Infantil Médico Residente Neurología Infantil.

Introducción: La electromiografía de fibra única (EMGFU) es el examen más sensible para el estudio de la unión neuromuscular. Para su correcta realización requiere de la cooperación del paciente, hecho que limita

su utilización en edad pediátrica.

Objetivo: Describir los resultados obtenidos en la electromiografía de fibra única en niños y su correlación con el diagnóstico final.

Materiales y método: Estudio descriptivo retrospectivo. Pacientes menores de 15 años a los que se les realizó EMGFU en HCSBA entre 2007-2011. Revisión de EMGFU y fichas clínicas. Análisis: programa estadístico SPSS versión 17.0.

Resultados: 27 pacientes. 33% mujeres y 66% hombres. Edad promedio 10 años (rango 4-15 a). Tiempo promedio de evolución desde el inicio de los síntomas hasta EMGFU 46,9 meses. EMGFU: 12 normales, 12 anormales y 3 no concluyentes. Normales: solo 1 paciente tiene diagnóstico de miastenia generalizada, examen se realizó para evaluar actividad de la enfermedad. Anormales 5 tienen el diagnóstico de miastenia generalizada, 5 miastenia ocular, 2 miastenia congénita. Ningún paciente con otro diagnóstico distinto de miastenia presentó examen anormal. El jitter mostró un promedio mayor para la miastenia generalizada (130.55), seguido por la miastenia ocular (102.97) y miastenia congénita (54.9). A menor tiempo de evolución de los síntomas el valor y el porcentaje de jitter alterados es mayor (sin significancia estadística).

Conclusión: La EMGFU es un examen que tiene utilidad y es realizable en edad pediátrica. El valor anormal del jitter puede ser orientador para diferenciar entre miastenia generalizada, ocular y congénita.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 69

DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA: ESPECTRO DE PRESENTACION, EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE UNA SERIE CLINICA.

Patricia Parra, Scarlet Witting, Mónica Troncoso, Andrés Barrios, Carolina Yáñez. Neuropsiquiatría Infantil del Hospital San Borja-

Arriarán (HCSBA).
Facultad de Medicina Campus Centro. Universidad de Chile.

Introducción: La Displasia Septo-Óptica (DSO) o Síndrome De Morsier es un cuadro congénito de presentación esporádica e infrecuente. La tríada clínica clásica es hipoplasia de nervios ópticos, ausencia de Septum Pellucidum y deficiencias hormonales hipotálamo-hipofisarias simples o múltiples, aunque el espectro de presentación es amplio.

Objetivos: Describir la presentación, seguimiento y evolución clínica de una serie de 5 pacientes diagnosticados y manejados en nuestro servicio.

Método: Estudio retrospectivo. Revisión de registros clínicos.

Resultados: De nuestra serie de 5 pacientes, 3 son niñas y 2 varones. Edad promedio de diagnóstico: 11 meses (2 días-26 meses), siendo el síntoma inicial: falta de fijación de mirada en 2/5, hipoglicemia neonatal 1/5, hipotonía 1/5 y crisis convulsiva 1/5. Las neuroimágenes confirmaron hipoplasia nervios ópticos y agenesia/disgenesia Septum Pellucidum 5/5. Otros hallazgos imagenológicos fueron: Hidrocefalia 3/5, hipoplasia Cuerpo Calloso 3/5, ausencia de tallo hipofisario 1/5, heterotopías subependimarias 1/5 y Esquizencefalia de labio abierto 1/5. En relación a la evolución, todos presentan retraso desarrollo psicomotor; Epilepsia 4/5, trastorno del sueño 3/5 y déficit hormonales que a la edad actual de los pacientes (9 meses-10 años) son Hipotiroidismo 2/3, déficit de hormona de crecimiento y Diabetes Insípida 1/3.

Conclusiones: En nuestra serie, las neuroimágenes muestran alteraciones características que permitieron confirmar la sospecha diagnóstica, pero además aparecieron otras alteraciones, que si bien se describen en la literatura, no siempre están presentes y determinan peor pronóstico neurológico; por tanto es necesario seguimiento multidisciplinario estricto con el fin de detectar y tratar

oportunamente complicaciones y déficit hormonales de aparición tardía en la evolución.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 76

SÍNDROME DE MOEBIUS. PRESENTACION DE 6 CASOS CLINICOS.

Andrés Barrios, Alejandra Siebert, José Tomás Mesa, Paola Santander, Patricia Parra. Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile
Médico Neurólogo Infantil
Médico Residente Neurología Infantil.

Introducción: El síndrome de Moebius (SM) corresponde a la parálisis congénita del VII y VI par craneal (PC). Puede acompañarse de malformaciones que determinan evoluciones con alta morbi-mortalidad en periodos de recién nacido (RN) y lactante.

Objetivos: Definir las características clínicas de pacientes con el diagnóstico de SM y su evolución.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas de una serie de 6 casos de SM controlados en nuestro servicio.

Resultados: sexo femenino 4/6; rango de edad 1-20 años. Patología del embarazo en 2/6; síntomas de aborto, parto prematuro, infección urinaria, metrorragia del 1er trimestre y polihidroamnios. Antecedentes familiares relevantes 2/6; aborto espontáneo previo y tía materna con síndrome opercular bilateral. Compromiso VII PC bilateral 6/6 y completo 3/6. Un paciente con compromiso de otros PCs. Otras malformaciones en 4/6: microcefalia (2), hipoplasia de cuerpo calloso (CC) (2), hidrocefalia congénita (1), cardiopatía congénita (1), Sd. De Poland (2). Neuroimágenes alteradas en 3/6: hipoplasia CC, hidrocefalia congénita (1) y agenesia bilateral de VII PC (2). Complicaciones periodo RN 6/6 y RDSM en 5/6.

Conclusiones: No se objetivaron familiares con SM, malformaciones o complicaciones de RN que pudiesen orientar a etiología específica. La patología del embarazo podría orientar a causas prenatales reportadas. Todos evolucionaron con morbilidad en los primeros años de vida, con mejoría progresiva e inserción en sistema escolar normal.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 82

“UTILIDAD DE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN DÉFICIT AUDITIVO; REVISIÓN SISTEMÁTICA DE PACIENTES DERIVADOS AL LABORATORIO DE ELECTROFISIOLOGÍA, ENERO 2010-DICIEMBRE 2010.”

Consuelo Gayoso, Karina Tirado, Carlos Reyna, Ximena Carrasco Laboratorio de Electrofisiología, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago de Chile.

Objetivos: Determinar el porcentaje de positividad de los potenciales evocados auditivos (PEAT) en pacientes con patologías de riesgo de presentar déficit auditivo, derivados al laboratorio de electrofisiología Hospital Luis Calvo Mackenna, durante el año 2010.

Sujetos y método: estudio descriptivo retrospectivo basado en el registro computacional de todos los pacientes disponibles en los cuales se realizó PEAT desde 1° enero 2010 al 31 de diciembre 2010 Se estudiaron 148 pacientes. El total de los exámenes fue realizado e informado por el mismo operador. Se analizaron las siguientes variables: edad (meses), género, diagnóstico y resultado de BERA.

Los diagnósticos de los pacientes se clasificaron por grupos de patología de riesgo en 10 categorías: 1) prematuridad, 2) cardiopatía, 3) RDSM global/RM, 4) trastorno del lenguaje, 5) epilepsia, 6) genopatías, 7) neurodegenerativa/metabólica, 8) meningitis/encefalitis, 9) trastorno generalizado del desarrollo,

10) otras (incluye TEC grave).

Los resultados de BERA se clasificaron en normal y anormal, éste a su vez se dividió en subgrupos conductivos y sensorioneural.

Resultados:

Del total ,67 (45,3%) fueron género femenino y 81 (54,7%) género masculino El promedio de edad fue 32,8 meses. La sensibilidad de pesquisar hipoacusia (PEAT anormal) según grupos de riesgo fue la siguiente:

Prematuridad: 29,4% (N:17)

Cardiopatía: 100% (N:4)

RDSM global/RM: 27,2% (N:22)

Trastorno del lenguaje: 20,9% (N:43)

Epilepsia: 16,6% (N:6)

Genopatías: 59,2% (N:27)

Neurodegenerativa/metabólica: 50% (N:4)

Meningitis/ encefalitis: 16,6% (N:6)

Trastorno generalizado del desarrollo: 50% (N:2)

Otras: 52,9% (N:17)

Del total de BERA anormal, 87,8% fue sensorioneural y 12,2% conductiva.

Conclusiones: Los BERA constituyen herramientas de gran utilidad y apoyo al diagnóstico para el médico, en casos de sospecha de déficit auditivo en grupos de patologías de riesgo de presentar algún déficit sensorial.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 87

EFECTIVIDAD DE PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA.

Bernardita Río, María-José Bravo, Marianne Schönsted, Nayadet Lucero, Milagros Angeli, Fabiana Sevilla y Raúl Escobar.

Laboratorio de Neurorrehabilitación y Enfermedades Neuromusculares. División de Pediatría. P. Universidad Católica de Chile.

Los Programas de Atención Temprana (PAT), compuestos por equipos multiprofesionales, están destinados a la atención de niños desde recién nacido a 6 años de edad, que presentan trastorno en su desarrollo o ries-

go de presentarlo. Entre sus objetivos están: promover la salud, las competencias emergentes y disminuir retrasos del desarrollo. El objetivo de este trabajo es determinar el impacto en el desarrollo de los niños atendidos a través del PAT, realizado en el Laboratorio de Neurorehabilitación, P. Universidad Católica de Chile. Estudio descriptivo, prospectivo, en curso. Se comunican resultados del período comprendido entre enero 2007 y julio 2011. PAT está estructurada con una atención promedio semanal de dos medias horas profesionales. Todo niño que ingresa tiene evaluación de desarrollo inicial y luego c/ 6 meses, con test de Bayley. En el período han ingresado 39 niños, 12 con al menos 1 semestre de seguimiento (los cuales constituyen esta muestra), 7 portadores de Síndrome de Down (SD), 1 otro Síndrome genético, 2 Retrasos del desarrollo sin causa determinada y 2 prematuros. En el 33% del total hubo un aumento de 14 puntos en Bayley, mientras que en el 25% el puntaje se mantuvo estable. En el 86% de SD el puntaje se mantuvo por sobre el promedio esperado para su población. PAT descrito tendría un impacto positivo en el desarrollo de la población atendida, por mejoría en desarrollo o por detención en descenso de la curva de desarrollo esperada para SD.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 90
VALIDACIÓN DE UN MÉTODO RÁPIDO Y SENSIBLE PARA EL DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE LA DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO 1 EN PACIENTES CHILENOS

Cristián Montalba, Marcos Vásquez, Ricardo Erazo, Gabriela Repetto
Centro de Genética Humana, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.
Hospital Calvo Mackenna. Clínica Alemana.

La Distrofia Miotónica tipo 1 (DM1) es una enfermedad causada por la expansión de trinucleótidos CTG en el gen DMPK. El diagnóstico molecular se realiza mediante Southern Blot o la reacción en cadena de la

polimerasa (PCR) de amplio rango, ambos asociados a un alto costo y tiempo. Además, son susceptibles a falsas interpretaciones cuando las expansiones son muy extensas o existe mosaicismo somático. El objetivo de este estudio es evaluar y validar un método rápido, económico y sensible para el diagnóstico molecular de pacientes con DM1 mediante una PCR específico para expansión de triplete (TP-PCR). De muestras de ADN de 17 pacientes con diagnóstico clínico de DM1 y 5 pacientes controles sanos, se realizó TP-PCR. Los resultados obtenidos son suficientes para discriminar entre pacientes sanos y afectados, sin la obtención de falsos positivos. El método, sin embargo, no permite determinar el tamaño exacto del número de tripletes. Nosotros proponemos TP-PCR como una herramienta de diagnóstico, molecular inicial de DM1. Permite diferenciar entre sanos y afectados, y así seleccionar en forma sencilla y poco costosa, qué pacientes requieren Southern blot para determinar el tamaño de la repetición cuando ésta está presente. Este método también es útil para otras enfermedades causadas por expansión de tripletes.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 38
FAMILIA CON SARCOGLICANOPATÍA.

Alejandra Siebert, Mónica Troncoso, Ma. Pamela Bravo, Silvia Vieira.
Servicio Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán. Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile. Médico Neuróloga Infantil Médico Residente Neurología Infantil Médico Neuróloga Infantil. Concepción.

Introducción: Las sarcoglicanopatías son enfermedades musculares de herencia autosómica recesiva. Representan el 20-25% de todas las distrofias musculares de cinturas. Se manifiestan por debilidad progresiva de músculos de cinturas. Con fenotipo similar al Duchenne, pero mayor atrofia de músculos de cintura escapular. Formas más graves

presentan primeros signos desde de los 3 ó 5 años.

Objetivo: Presentar el caso de una familia chilena con sarcoglicanopatía.

Pacientes y método: Se presenta el caso índice de paciente que fue derivado por distrofia muscular y su hermana. Estudio descriptivo retrospectivo. Se analiza la historia clínica, estudios de laboratorio y neurofisiológicos.

Resultados: Caso 1: varón, 13 años, 5° hijo, padres sanos no consanguíneos, perinatal normal. Evoluciona con retraso en hitos motores y debilidad progresiva, principalmente de extremidades inferiores, pseudohipertrofia gemelar, nivel cognitivo normal. Es derivado a los 12 años por aumento de debilidad e inestabilidad de la marcha, CK: 27.460 U/l. Biopsia muscular: distrófica. Alfasarcoglicanos (-), distrofina (+). Se toma muestra para estudio genético.

Caso 2: Mujer 15 años, tercera hija, hermana paciente anterior. Con antecedente de retraso en adquisición de marcha. Consulta a los 8 años por caídas frecuentes. CK de 9698 U/L. Evoluciona con debilidad de predominio proximal, manteniendo marcha asistida. Electromiografía: Patrón Miopático. Biopsia muscular: distrófica. Alfa-sarcoglicanos (-).

Discusión: Las sarcoglicanopatías presentan variabilidad clínica y deben sospecharse en pacientes con cuadros de tipo miopático, similares a distrofia de Duchenne, en ambos sexos, con niveles de CK muy elevadas y en los que puede existir o no historia familiar.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 51

**ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA EN NIÑOS:
DESCRIPCION DE UNA SERIE DE 15 CASOS**

Mónica Troncoso, Alejandra Siebert, Claudia Sáez, Ledia Troncoso, Paola Santander,

Francisca Millán, Guillermo Fariña, Alvaro Retamales.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Universidad de Chile, Campus Centro. Santiago-Chile.

Introducción: La encefalomyelitis aguda diseminada (EMAD) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante autoinmune, habitualmente de presentación monofásica y polisintomática.

Objetivo: Describir historia clínica, estudio y tratamiento mediante análisis de una serie de 15 niños con diagnóstico de EMAD.

Material-método: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes controlados en nuestro centro entre los años 1996-2011. Análisis de registros clínicos.

Resultados: 15 niños fueron hospitalizados con diagnóstico de EMAD. La edad promedio de presentación fue de 5 años (4 meses a 12 años) mayoritariamente de sexo masculino (60%) y con claro predominio estacional. Existe antecedente de infección respiratoria en 83% de los casos y de manifestaciones gastrointestinales en 47%, las dos semanas previas. Las alteraciones neurológicas más frecuentes fueron el compromiso de conciencia 87% (13/15) convulsiones 47%, déficit motor 73%. En 3 casos en que se asoció mielitis hubo compromiso esfinteriano y otros 3 requirieron ventilación mecánica. El líquido cefalorraquídeo fue anormal en 4 pacientes y la RM evidenció compromiso de sustancia blanca subcortical en 80% de los casos y de ganglios basales en 53%. 13 pacientes fueron tratados con metilprednisolona y en 2 se agregó gamaglobulina. Se observó secuelas leves en 3 pacientes y severas en 2. Recidivas se produjeron en 3 pacientes (20%). No se observó mortalidad.

Conclusiones: En nuestra serie la edad de presentación es con mayor frecuencia en la primera década, con un franco predominio de hombres. La mayoría tiene antecedentes de cuadro infeccioso previo. Las manifestaciones clínicas coinciden con porcentajes de

series previas. La mayoría de ellos tuvo buen pronóstico.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR

Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 57

ESCLEROSIS MULTIPLE EN POBLACION PEDIATRICA.REPORTE DE CASOS EN EL AREA NORTE DE SANTIAGO.

Andrea Schlatter Vieira. Rocío Cortés Zepe-da. Cynthia Margarit Segura. Hospital Roberto del Río. Clínica Santa María.

Introducción: Se estima que la prevalencia de Esclerosis Múltiple en paciente menores de 18 años representa entre 3-10 %. Es una patología con criterios clínicos y radiológicos establecidos recientemente para la población pediátrica y que requiere ser conocida y sospechada por neuropediatras.

Objetivos: Descripción de las presentación clínica, características neurorradiológicas y evolución con tratamiento farmacológico de una serie 4 pacientes del área norte de Santiago.

Metodología: Análisis retrospectivo de datos obtenidos de fichas clínicas.

Resultados: Desde 2009 se han diagnosticado 4 pacientes con esclerosis múltiple, 3 hombres y 1 mujer, con promedio edad al diagnóstico de 11 años. Cuadro clínico de presentación: 2 síndrome vertiginoso periférico, 1 parálisis facial central y 1 ataxia aguda. El 100% de los pacientes habían presentados episodios clínicos aislados transitorios previos (rango 6-12 meses) sin estudio neurorradiológico. Todos con estudio de resonancia cerebro y médula con lesiones que cumplen con los criterios de McDonald. 100% con bandas oligoclonales en LCR positivas. Todos los pacientes actualmente en tratamiento con b-interferón con buena respuesta clínica con promedio de tratamiento de 11 meses (8 -18 meses). Solo 1 /4 pacientes presentó un episodio de neuritis óptica durante el tratamiento sin au-

mento de carga lesional en neuroimágenes. No se han reportado efectos adversos por el uso de b-interferón.

Conclusiones: La esclerosis múltiple en pediatría es una patología subdiagnosticada. Afortunadamente se han establecido criterios clínicos y radiológicos que facilitan el diagnóstico y permiten iniciar precozmente tratamientos que logra enlentecer la evolución y optimizar la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR

Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 11

HIDROCEFALIA E INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, VALPARAÍSO

Estebeni Baltra, Andrea Escobar, Isabel Sal-des, Yerka Luksic, Catalina Rojas, Stephanie Marín, Andrés Ellwanger
Universidad de Valparaíso.

Introducción: Los recién nacidos (RN) con hidrocefalia que requieren derivativas ventriculoperitoneales (DVP) u otros dispositivos temporales, tienen riesgo aumentado de infección, principalmente en prematuros e inserción temprana de derivativa. Las tasas de infección fluctúan considerablemente entre series.

Objetivos: Describir evolución de hidrocefalias que hayan requerido derivativas en RN del servicio de neonatología del Hospital Carlos Van Buren.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo, revisión de fichas médicas de RN con hidrocefalia entre 2001- 2011.

Resultados: Se observaron 100 casos de hidrocefalia. 53% requirieron derivativas (37 DVP y 16 dispositivos externos). De los pacientes con DVP, 22 fueron de término, 11 prematuros tardíos y 4 prematuros extremos. Los pacientes con dispositivos

externos fueron mayormente prematuros. Se pesquisó en 9 pacientes con DVP infección (24%) y en 7 con dispositivos externos (43%). La mediana de edad de inserción de dispositivo fue de 7 días; 9,5 días en infectados y 7 días en no infectados ($p=0.672$). Etiologías más frecuentes fueron disrafias y hemorragia intracraneana (HIC), sin asociación determinable entre etiología e infección. 10/100 pacientes fallecieron, de ellos sólo 4 requirieron algún dispositivo y 2 se infectaron. Las principales causas de muerte fueron malformaciones múltiples y HIC.

Conclusión: La tasa de infección de las DVP se encuentra en el límite superior de lo aceptado, mientras que para dispositivos externos fue francamente elevada. Algunos casos presentaron factores de riesgo no modificables asociados (ej. prematurez), sin embargo se deben analizar otras causas potenciales de infección.

SALA 3 Salón Sol NEUROLOGIA
NEUROMUSCULAR
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 79

INCREMENTO DE INGESTA ORAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA DEGLUCION, DE UNIDADES DE NEONATOLOGIA Y PEDIATRIA HOSPITAL CLINICO PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA.

Luis Salinas Valdebenito, Raúl Escobar Henríquez.

Neurorrehabilitación y Enfermedades Neuromusculares Pediátricas. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

La caracterización de los Trastornos de Deglución (frecuentes en pacientes hospitalizados), permite definir mejor plan de rehabilitación.

El objetivo fue dimensionar incremento de ingesta oral en población pediátrica y neonatológica del Hospital Clínico de la Universidad Católica (HC-UC) con TD, e intervenida terapéuticamente por Fonoaudiología.

Se realizó estudio descriptivo, prospectivo, usando registros de fonoaudiología correspondientes al período del 1° de junio de

2009 al 30 de junio de 2011, consignando diagnóstico médico, intervención terapéutica y transición a la alimentación oral.

En este período hubo 111 pacientes atendidos (56 pediatría, 55 neonatología) con 671 intervenciones realizadas (256 en pediatría, 415 en neo). 19 fueron RNPT, 31 con patología neurológica, 18 enfermedad genéticas, 14 cardiopatas, 18 enfermedades respiratorias y 11 otros diagnósticos. Las intervenciones terapéuticas más frecuentes fueron: posicionamiento, estimulación táctil, manejo del alimento y deglución terapéutica. A la evaluación, 97 pacientes se manejaron con vía alternativa: 71 pacientes con SNG, 10 con SNY y 16 con GTT. Al momento de la última atención intrahospitalaria 62 pacientes incrementaron ingesta oral sobre el 50% del volumen indicado, 33 incrementaron ingesta oral por sobre el 90% y 16 no aumentaron o lo hicieron bajo el 50%

En el HC-UC se realiza atención regular de los TD por parte de Fonoaudiología en un porcentaje de pacientes hospitalizados, desde hace 10 años, contribuyendo en la evaluación y manejo de dichos T.

Las cifras presentadas en este trabajo aportan para dimensionar la atención Fonoaudiológica de los TD en pacientes de Pediatría y Neo del HC-UC.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 4

PROGRAMA ESTIMULACIÓN TEMPRANA DE LENGUAJE HERRAMIENTA UTIL EN PESQUISA PRECOZ DE ALTERACIONES.

Tapia N. Eva, Luz María Mery M, Moisés Parra S, Tamara Quiñones L.

Centro Rehabilitación Infantil del Ejército. Santiago –Chile.

Introducción: El programa de estimulación temprana de lenguaje creado al pesquisar retraso de adquisición del lenguaje o detención, en niños en tratamiento por Alteración de la coordinación central (retraso motor). Consta de evaluación individual específica complementado con entrega de pauta de

estimulación confeccionada en servicio de Fonoaudiología.

Objetivo: Analizar utilidad de programa de estimulación temprana en lenguaje.

Material-método: Estudio retrospectivo, transversal.

De 108 casos en tratamiento motor se consideró 52 pacientes con retraso en adquisición de lenguaje derivados por médico fisiatra a partir de los 10 - 24 meses, incluyendo variables: sexo, edad, adhesividad al programa. Revisión ficha clínica y Vojta específica. Se confecciona pauta de estimulación según perfil comunicativo y desarrollo del niño. Se aplica evaluación específica individual. Se entrega a padres pauta de estimulación a trabajar en domicilio.

Resultados: De 52 casos evaluados 32 (62%) hombres, 20 (38%) mujeres. De los cuales 12 casos (23%) cumplieron objetivos.

30 casos (57%) permanecen en controles periódicos.

7 (13%) en terapia fonoaudiológica, destacando 1 solo caso sexo femenino. De los casos estudiados en seguimiento, 3 casos resultaron con diagnóstico de origen genético con estudio específico en INTA.

Conclusiones:

- 1.- PET es una herramienta útil y funcional como pesquisa precoz y preventiva en manejo de alteraciones de lenguaje.
- 2.-Estudio corrobora porcentaje de alteraciones según sexo predominantemente masculino en relación a estudios bibliográficos.
- 3.-Posibilita pesquisar signos del desarrollo atípicos con la consecuente derivación médica específica (genética).
- 4.-Permite sensibilizar y educar a los padres-cuidadores en estimulación precoz en lenguaje simultánea a otras disciplinas.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA

TGD y Lenguaje

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 6

COMPARACION DE 2 POBLACIONES DE PACIENTES USANDO ENCUESTA DE TAMIZAJE CEAL-TDAH

Dr. Juan Luis Aránguiz Rojas, Dra. Carolina Castro Barrales

Hospital Provincial del Huasco (HPH).

Introducción: El Trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) es el diagnóstico neurológico más frecuente en atención primaria de salud. Se estima que un 1% de los escolares de enseñanza básica requieren tratamiento. El cuestionario para escolares y adolescentes latinoamericanos para la detección del TDAH (CEAL/TDAH) se elaboró el año 2007, en México, durante el primer Consenso Latinoamericano de TDAH.

Objetivo: Comparar la encuesta en 2 poblaciones distintas, una de ellas con diagnóstico de TDAH y la otra de pacientes pediátricos sin ese diagnóstico. Calcular la sensibilidad y especificidad de la encuesta en esta población.

Métodos: Estudio prospectivo, en el que se aplicó la encuesta CEAL-TDAH a una muestra de 72 niños de 6 a 14 años, que acude a control neurológico en el HPH y que tienen el diagnóstico de TDAH y una muestra de 73 niños sin diagnóstico de TDAH y que acuden a la consulta pediátrica general. El CEAL-TDAH consta de 28 reactivos, y a cada uno le corresponden cuatro opciones de respuesta, que agrupamos en dos grupos: NO (nunca y algunas veces) y SI (casi siempre y siempre). Se consideró TDAH cuando se encontraban 10 reactivos positivos.

Resultados: El promedio de edad en ambos grupos fue de 9,1 años. En el grupo TDAH (+) predominó el sexo masculino con un 71% versus el 55%. El número de reactivos positivos en el grupo TDAH (+) fue de 16,5 v/s 5 ($p < 0,001$). El número de pacientes con criterios de TDAH según esta encuesta fue de 75% para el grupo TDAH (+) v/s 15%. La Sensibilidad fue de 0,75 y la Especificidad de 0,84.

Conclusiones: El CEAL-TDAH, es el primer instrumento de tamizaje desarrollado por y para Latinoamérica. Presenta una buena sensibilidad y especificidad en nuestra población por lo que es una herramienta útil además de fácil de aplicar.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 14

TERAPIA OCUPACIONAL PARA EL MANEJO DE DESTREZAS ADAPTATIVAS, DE PROCESAMIENTO Y MOTORAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE PRESENTAN SÍNDROME X FRÁGIL

Paula Soto, Ma. Angélica Alliende, Teresa Aravena, Ángela Pugin
INTA

Introducción: Los niños y adolescentes con Síndrome X frágil (SXF) presentan dificultades que afectan el funcionamiento de sus vidas en el hogar, la escuela, y la participación en la comunidad. La Terapia Ocupacional centrada en demandas y recursos sociales, de los adolescentes y sus familias pretende intervenir en problemas como: Rechazo sensorial generalizado o específico, autocontrol deficiente, desregulación emocional, timidez de moderada a extrema, dificultades en el mecanismo postural (hipotonía), trastornos específicos de aprendizaje, trastorno mixto del lenguaje y problemas motores finos.

Objetivos: Mejorar las habilidades sensoriales, perceptuales, motrices y de praxias, de regulación emocional, cognitivas, sociales y de comunicación e interacción, con el propósito de involucrar a los adolescentes en actividades propias de su edad, manejar los problemas conductuales de niños más pequeños y empoderar a sus familias para generalizar los aprendizajes en lo cotidiano.

Métodos: Talleres de 8 sesiones, para adolescentes (10 pacientes con SXF entre 12 y 20 años) y Sesiones individuales (4 pacientes SXF de edades entre 4 y 11 años, con atenciones regulares semanales).

Resultados: De Talleres: mayor interés en la comunicación e interacción, y mayor autoconfianza en la participación social. De sesiones individuales: mayor contacto visual, tolerancia a la frustración, tiempo de atención/concentración y memoria de trabajo.

Discusión: La intervención de terapia ocupacional, y el desarrollo de habilidades aporta en el desempeño cotidiano y la integración social de niños y adolescentes con SXF, y sus familias. Se requiere una mayor caracterización de las habilidades y comparar éstas con las particularidades citogenéticas del síndrome.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 17

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE LA COORDINACIÓN MOTORA (TCM) EN SUBTIPOS DE TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIONAL.

Pavlov Jovanka, Avaria María de los Angeles.

Policlínicos de neuropediatría del Hospital Luis Calvo Mackenna y del Consultorio Salvador Bustos en Santiago de Chile.

Introducción: El TCM es un compromiso significativo en el desempeño de habilidades motoras con un impacto negativo significativo en las actividades de la vida diaria. Coexiste con otros trastornos del desarrollo como Déficit de Atención (TDAH).

Objetivo: Determinar prevalencia de TCM según subtipo de déficit atencional y en grupo control.

Método: Estudio exploratorio. Muestra constituida por 90 casos de TDAH y 30 niños sanos entre 6 y 12 años. Se realizó evaluación clínica y se aplicó a cada niño el Test de Ozeretski adaptado por Guilman. Los datos se analizaron con el programa estadístico STATA.

Resultados: Del total de casos evaluados,

27 eran de sexo femenino y 63 de sexo masculino. Sin diferencias por género en desempeño motor. Promedio de edad: 8 años, desviación estándar de $\pm 1,7$ años y mediana de 8 años. Se observó en forma cualitativa una tendencia a mejorar el desempeño motor con la edad. El TCM se presentó en un 7% en los sanos versus un 36% en los niños con TDAH. Dentro de este grupo, el subtipo inatento fue el más afectado, siendo deficiente el control postural y los movimientos simultáneos. Los subtipos hiperactivo y combinado presentaron problemas principalmente en coordinación dinámica manual.

Conclusión: Los niños con TDAH presentan más TCM que los casos controles, siendo el subtipo inatento el más afectado. Existe un patrón psicomotor propio de cada subtipo de TDAH lo cual hace necesario plantear enfoques distintos de manejo. Es fundamental el examen neurológico detallado.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 31

MINUTOS DE PANTALLA Y RENDIMIENTO ESCOLAR

Valeria Rojas, Stephanie Marín, Mario Parada, Daniela Castro, Gloria Toro, Dra. Yerka Luksic, Catalina Rojas Estebeni Baltra. Neuróloga Infantil, Residente Neurología Pediátrica (3) Médico Salubrista (4) Alumna de Medicina. Servicios de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Carlos van Buren, Hospital Dr. Gustavo Fricke. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso.

Introducción: En el último tiempo se ha visto aumentada la presencia de televisión, videojuegos e Internet. Éstos tienen influencia sobre el rendimiento escolar en la población infanto-juvenil. Hoy en día no se cuenta con investigaciones que muestren la realidad de nuestro país, por esto resulta interesante determinar la relación entre ambas variables.

Objetivo: Determinar si existe relación entre minutos de pantalla vistos y rendimiento es-

colar en alumnos de 1° a 3° básico de un colegio particular de Viña del Mar durante el año 2010.

Sujetos y método: Estudio cuantitativo de corte transversal en 46 alumnos, cuyos padres hicieron seguimiento de las horas de televisión, computador y videojuegos a las que estuvieron expuestos durante una semana. Además se registró sexo, edad, curso, repetición de curso y promedio de notas 2009 y 2010.

Resultados: Por cada 3 horas más de pantalla semanales (25 minutos más diariamente), los niños tienen 1 décima menos de promedio de notas entre 1° a 3° básico. ($\beta = -0.057$ IC: $-0.11; -0.005$). Esta relación no se vio afectada por las variables sexo ($p = 0.095$), edad ($p = 0.65$), curso ($p = 0.253$) ni repetición ($p = 0.581$) en la regresión por lo que no fueron incluidas

Conclusiones y comentarios: En los alumnos estudiados existe relación entre la cantidad de minutos de exposición a pantalla y el rendimiento escolar. Se recomienda reforzar la idea de reducir la exposición y el uso masivo de pantallas en los escolares.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 34

EFFECTOS DE LA PREMATUREZ SOBRE EL DESARROLLO COGNITIVO Y DEFECTOS DE ATENCIÓN EN LA ETAPA ESCOLAR.

Arias C, Colombo M, Novoa F, Cabello JF, Saldes I, García M, Salas C, Rojas M, de la Parra A.

Departamento de Pediatría, Unidad de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Carlos Van Buren (HCVB) Universidad de Valparaíso, Médico Jefe Unidad de Neonatología HCVB. Enfermera Hospital Gustavo Fricke. Psicóloga Clínica INTA, Universidad de Chile.

Introducción: Los niños prematuros con discapacidades físicas mayores han disminuido

en las últimas décadas; como consecuencia se ha seleccionado una población prematura en que los defectos cognitivos son la secuela más prevalente (25-50%).

Objetivo: Investigar la presencia de defectos cognitivos y de atención del recién nacido (RN) prematuro extremo (<1500 g. y/o <32 semanas de edad gestacional) en edad escolar de 6-7 años.

Material y Método: Se realizó estudio transversal. Los casos se obtuvieron a partir del programa de seguimiento del prematuro, implementado por el Ministerio de Salud en las maternidades del hospital Carlos Van Buren y Gustavo Fricke. Se realizó una evaluación mediante WISC-R, test de Gordon, escala de Connors revisada a niños prematuros extremos nacidos 2002-2003. Para realizar comparaciones significativas se obtuvo grupo control: niños nacidos de término de similar nivel socioeconómico y escolarizado.

Resultados: Se evaluó un total de 77 pacientes: 40 prematuros y 37 de término. Promedio edad 7 años, edad gestacional 30,5 semanas. Sin diferencias significativas en sexo y nivel socioeconómico. Ambos grupos obtuvieron un CIT dentro del rango normal, sin embargo con diferencias ($p < 0,03$) al comparar los niños prematuros v/s grupo control. En los defectos de atención sostenida y distractibilidad (Test de Gordon) también se obtuvieron diferencias ($p < 0,01$) al comparar ambos grupos.

Conclusiones: Los niños prematuros se encuentran en una situación vulnerable de presentar defectos cognitivos y de atención. Sugerimos incorporar la pesquisa precoz de estas dificultades durante el seguimiento, para evitar futuros problemas académicos y de integración social en la etapa escolar.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 35
DIFERENCIAS EN PERFIL CLÍNICO /EPI-

DEMIOLÓGICO DE NIÑOS QUE CONSULTAN POR PROBLEMAS ESCOLARES EN CONSULTA NEUROLÓGICA HOSPITALARIA VERSUS CONSULTA PRIVADA.

María De Los Ángeles Avaria, Macarena Landaeta, Daniela Franco, Karin Kleinsteuber, Felipe Castro

Unidad de Neurología Hospital de Niños Roberto del Río, Departamento de Pediatría Campus Norte Universidad de Chile. Interna Medicina U de Chile.

Introducción: Existe consenso en definir al Trastorno por Déficit de Atención (TDA) como un cuadro de origen neurobiológico, en el cual su forma de presentación, respuesta a tratamiento y pronóstico se ven influidas por las características personales, presencia de comorbilidades, y factores ambientales.

Objetivo: Evaluar diferencias entre niños que consultan por problemas escolares, que cumplen criterios DSM IV para Déficit Atencional, a un consultorio de salud pública versus a consultas médicas privadas.

Material y Método: Durante 10 días se reclutan los niños que consultan en nivel hospitalario (48 niños) (GH) y en sector privado (n=34). (GP), investigando variables personales, académicas, conductuales y familiares.

Resultados: Ambos grupos muestran similitud en edad de referencia, predominancia de hombres y motivación a consultar compartida por colegio y hogar. En niñas de ambos grupos predomina el factor rendimiento como motivo de consulta (50/60%). Desde el punto de vista académico, 1 caso (3%), del GP ha repetido grado, contrastando con 18 casos (38%) del grupo hospitalario. Las diferencias en escolaridad de madre y CI, pero no el antecedente de retraso de lenguaje, mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Conclusiones: Aun considerando el tamaño de la muestra, las familias atendidas en la consulta privada como en el sistema de salud pública muestran homogeneidad en la preocupación por sus hijos en el aspecto es-

colar, y en algunas habilidades relacionadas al aprendizaje, sin embargo las diferencias encontradas, especialmente el factor repitencia escolar, plantean la necesidad de establecer un plan de intervención diferente en ambos grupos que incluya mayor interacción con profesorado.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN-58

PROTOCOLO DE CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE PREVALENCIA DE BULLYING

Marcelo Muñoz Rosas, Carmen Tapia, Javier Basteán González, Marcos Mancilla Leiva, Sebastián Vega Toro⁽³⁾

Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Alumnos de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

Introducción: El bullying representa un fenómeno de violencia sociocultural de alto impacto en la salud pública y mental escolar. La escasez de instrumentos disponibles validada impide estudiar el fenómeno con detalle.

Objetivos: Validar en nuestra población escolar un instrumento de medición de prevalencia de Bullying, cualitativa y cuantitativamente.

Métodos: El instrumento fue aplicado sobre 68 estudiantes de quinto a octavo básico, pertenecientes a 4 establecimientos educacionales (rural; municipal; particular-subvencionado; particular) en las ciudades de San Felipe y Los Andes (Región de Valparaíso). Datos fueron ingresados a análisis estadístico computacional mediante el software PASW Statistics 18, valorando para la validación cuantitativa la T de student, el índice de Spearman Brown y el Alfa de Cronbach. Para la validación cualitativa se incluyó la re-

troalimentación del alumnado, aprovechando el método de aplicación de “encuesta leída” y el desarrollo de preguntas abiertas.

Resultados: En la prueba de T de student los resultados demostraron que todos los ítems y subítems presentan capacidad discriminativa, con una desviación estándar en relación a la media aritmética con valores aceptables. El índice de Spearman Brown, para los 3 grandes ítems arrojó reproducibilidad alta (percepción del colegio 0,609; relación con los pares 0,675; bullying 0,775). El Alfa de Cronbach demostró que todos los ítems contaban con consistencia interna alta (percepción del colegio 0,602; relación con los pares 0,788; bullying 0,794).

Conclusiones: El instrumento generado posee validez cualitativa y cuantitativa. Por lo que se transforma en una herramienta fidedigna para la medición de la prevalencia del bullying a nivel nacional.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN-67

APEGO EN DIADAS CON HIJOS PORTADORES DE DISCAPACIDAD FÍSICA

Ma. Ángeles Poblete, Paulina Salinas, Pamela Mayer, Carmen García, Mirla Arcos, Alejandra Díaz.

Instituto Nacional De Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (Inrpac)
Santiago, Chile

Introducción: INRPAC es referente nacional en modelo de rehabilitación para personas en situación de discapacidad física. Desde la primera infancia se evalúa el estilo de apego para intervenir en casos de apego inseguro con el fin de favorecer la calidad de vida de las familias, lo que impacta en la rehabilitación inclusiva.

Objetivos: Evaluar tipos de apegos en diadas con hijos portadores de discapacidad física.

Métodos: Aplicación de Escala de Evaluación Massie Campbell (ADS) a pacientes entre 0 y 24 meses de edad con discapacidad física, durante año 2010 en INRPAC.

Resultados: 105 diadas evaluadas. 53 diadas se observaron con Apego Seguro, que no requirió intervención. 52 Apegos Inseguros de los cuales 32 corresponden a estilo Evitante y 20 a estilo Ambivalente. 4 pacientes no evaluables por situación de institucionalización. Dado que la escala ADS requiere observación de respuestas motoras y visual, en 59 diadas solamente se pudo evaluar la conducta de la madre por la presencia de severo compromiso neurosensorial y motor de los bebés.

Conclusiones: Se plantea la necesidad de poder objetivar por medio de una adecuación a la escala ADS, nuevas categorías de observación para abordar de manera integral la evaluación de apego en nuestros pacientes, integrando otras respuestas que permitan valorar las señales comunicativas específicas propias de la condición neuromotora de estos bebés. En la mayoría de los apegos evitantes, las conductas maternas de sostener y tocar -categorías de la ADS- se ven fuertemente influenciadas por la sensación de temor que ellas refieren frente al hijo con discapacidad física.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 70

NUEVAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS y DE ESTUDIO ETIOLÓGICO EN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Claudia López, Justin Cowan, Patricia Cogram, Profesor Peter Hammond, Ledia Troncoso, Mónica Troncoso, Dra. Carolina Yáñez, Dra. Paola Santander, Andrés Barrios, Guillermo Fariña. Karen Guajardo.

Neuropsiquiatría Infantil del Hospital San Borja-Arriarán (HCSBA). Facultad de Medicina Campus Centro. Universidad de Chile. Institute of Child Health, University College London, Gran Bretaña.

Introducción: Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) constituyen desafío diagnóstico, especialmente por heterogeneidad clínica conformando Espectro Autista (EA). Investigaciones actuales evidencian alteraciones sinaptogénicas determinantes de circuitos anómalos que pueden resultar en crecimiento patológico de corteza frontotemporal. Lo anterior podría ser resultado de poda neuronal deficiente, mediada por alteraciones inmunológicas.

Objetivos: Caracterizar niños TGD atendidos en HCSBA, correlacionando características clínicas con asimetrías detectadas en fotografías tridimensionales practicadas a los niños y sus padres.

En segunda etapa se cotejarán: superficies cerebrales y volumen frontal analizados con RNM, evaluaciones neuropsicológicas (aplicando encuesta 3DI Developmental, Diagnostic and Dimensional Interview; Santoch et al., 2009). Estudiaremos RNM funcionales y microarray, determinando, además, alteraciones inmunológicas comparables con grupo control X- Frágil.

Método: Estudio prospectivo, colaborativo.

Resultados: 8 niños fotografiados tridimensionalmente. 6 masculinos/2femeninos. Promedio 10 años (4-18). 2 hermanos. 5 antecedentes patología psiquiátrica familiar. 5/8 retrasos adquisición de lenguaje. 5/8 dismórficos. 5/8 macrocefálicos. 4 compromiso cognitivo leve, 3 moderado, 1 severo; 7 escolarizados diferencialmente. Edad de diagnóstico 5 años (2-13). 5 TGD Inespecífico, 2 Autismo Clásico, 1 Asperger, diagnosticados en HCSBA por clínica; Vineland, MCHAT y sesiones juego. 2/6 estudiados electroencefalográficamente mostrando AE focal, predominantemente Temporal. 4/4 cariogramas normales. 3/3 PCR X-Frágil (-). 8/8 *fotografiados mostraron asimetría facial*, 5/8 dominancia derecha supraorbitaria; 4/6 madres estudiadas presentan asimetría, 1/2 padres fotografiados con facies asimétrica.

Conclusiones: Resultados preliminares. Las asimetrías faciales y macrocefalia (5/8) concuerdan con hipótesis de crecimiento pato-

lógico cortical asincrónico, lo que también es apoyado bibliográficamente. Completaremos el proyecto en población TGD controlada en HCSBA con equipo multidisciplinario en búsqueda de factores determinantes de esta compleja patología.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 77

PROTOCOLO DE ESTUDIO Y SEGUIMIENTO PARA PACIENTES CON TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

Claudia López, Karen Guajardo, Soraya Henríquez Marcela Frías, Carolina Luxardo, José Tomás Mesa.

Servicio Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina Campus Centro, Universidad de Chile.

Introducción: Los pacientes que presentan un Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), son heterogéneos en la dimensionalidad de la clínica, evolución, pronóstico y respuesta a intervenciones, el enfoque debe ser cuantitativo.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con TGD, protocolizados para diagnóstico, seguimiento e intervención en el Servicio de Neurología Infantil del Hospital San Borja Arriarán.

Materiales y método: Ficha única de TGD, que a los elementos propios de evaluación del niño en desarrollo, incorpora aquellas específicas de los cuadros del espectro, permitiendo tabular aspectos comunes, evolución y manejo.

Resultado: Se analizan 50 pacientes, 41 varones, edades que fluctúan entre 2 años 6 meses y 15 años 5 meses, el 50% presentan en sus familias antecedentes de algún cuadro del neurodesarrollo, 20 consultan por dificultad en la adquisición del lenguaje, 11 presentan un evento de regresión, en los ejes clínicos del cuadro lo predominante es la alteración de la comunicación e intereses

restringidos, sobre las estereotipias, 51/60, la principal dificultad en el sistema escolar es la desatención y el manejo de la conducta, 22/50 en tratamiento con psicoestimulantes y 27/50 con antipsicóticos atípicos (24 pacientes con risperidona, 2 con quetiapina, y un paciente con la asociación de ambos), en el grupo estudiado hay 30 niños con un TGD Inespecífico, 17 Autistas Clásicos y 3 pacientes con Síndrome de Asperger.

Conclusiones:

- 1) El motivo de consulta principal es la dificultad de lenguaje, con 11 pacientes que regresan, en esta área debemos enfocar la pesquisa precoz.
- 2) El grupo predominante de pacientes se encuentra en los TGD inespecíficos, dimensión cuantitativa del espectro, por lo cual el enfoque debe orientarse en ese sentido

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 78

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO Y DESARROLLO PSICÓTICO

Claudia López, Martín Castillo Karen Guajardo³ José Tomás Mesa

Servicio Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina Campus Centro, Universidad de Chile.

Introducción: Los pacientes que presentan un Trastorno Generalizado del desarrollo (TGD), pueden evolucionar con sintomatología psicótica, con características peculiares de este grupo.

Objetivo: Describir pacientes con TGD, manejados en el Servicio de Neurología y Psiquiatría del Hospital San Borja Arriarán, que presentan en su evolución sintomatología psicótica.

Materiales y método: Se analizan 8 casos de pacientes portadores de un TGD que evolucionan con síntomas en la línea psicótica, lo que interfiere aún más en su funcionamiento escolar y social.

Resultado: Se estudian 8 pacientes, 7 varones, con edades que fluctúan entre los 11 y los 14 años 6 meses, 5 de los cuales corresponden a TGD inespecíficos y 3 a Síndrome de Asperger, la sintomatología en los de menor edad es preferentemente hipomaniaca, a diferencia en los mayores en que lo paranoídeo es el eje central, se estudian con pruebas gráficas, Test de Rorschach, evaluación de Neuropediatra y Psiquiatra Infantil.

Conclusiones:

El grupo de pacientes de menor edad, presentan su sintomatología de pérdida del sentido de la realidad en la línea hipomaniaca, y los mayores en la paranoidea

En el seguimiento de los pacientes con TGD, es necesario la pesquisa precoz de sintomatología psicótica, para manejo específico.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA

TGD y Lenguaje

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 80

RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR SEVERO: CAUSAS, FACTORES DE RIESGO Y HALLAZGOS EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN 59 PACIENTES.

Guillermo Guzmán, Mónica Troncoso, Sebastián Silva, Rodrigo Díaz, Arantza Oñat, Javiera Urquiola, Natalia Urquiola Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile.

Introducción: El Retraso del Desarrollo Psicomotor (RDPM) es una causa frecuente de derivación al Neurólogo Infantil, su rol es confirmar el diagnóstico, determinar la etiología e iniciar oportunamente el tratamiento.

Objetivos: determinar las causas, factores de riesgo, hallazgos al examen físico, laboratorio e imágenes en RDPM severos.

Metodología: análisis descriptivo retrospectivo de pacientes menores de 6 años derivados ambulatoriamente con diagnóstico de RDPM y confirmados como severos, entre el

1 de Mayo 2007 y 30 de Abril 2009. Análisis de registros clínicos.

Resultados: de un total de 59 pacientes confirmados con RDPM severo, 34 (57,6%) eran hombres y 25 (42,4%) mujeres. Se determinó la causa en 37 (62,5%), las principales fueron: prenatales y perinatales 10 (16,9%), síndromes genético-cromosómicos 10 (16,9%), enfermedades neuromusculares 5 (8,4%), neurodegenerativas 4 (6,7%) y metabólicas 3 (5,1%). Entre los factores de riesgo asociados se encuentran antecedentes familiares de patología neurológica 18 (30,4%), patología del embarazo 13 (21,9%) y prematuridad 9 (15,2%). Los hallazgos al examen físico más frecuentes: hipotonía 23 (38,9%), dismorfias 22 (37,2%) y microcefalia 10 (16,9%). Alteraciones en exámenes imagenológicos: Ultrasonido Cerebral 6 (9,6%), Tomografía Computada Cerebral 22 (35,2%) y Resonancia Magnética Cerebral 20 (32%).

Conclusiones: en nuestra serie en un alto porcentaje de los casos se encontró la etiología del cuadro, siendo éstas en igual frecuencia las de origen prenatal-perinatal y los síndromes genéticos-cromosómicos, habiendo un alto porcentaje de antecedentes neurológicos en las familias, siendo los síntomas asociados de debut más frecuentes la hipotonía y las dismorfias. El estudio exhaustivo en niños con RDPM severo permite acercarse a la etiología en un alto porcentaje de ellos, lo que a su vez permite tratamientos oportunos y consejo genético a la familia.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA

TGD y Lenguaje

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 85

CARACTERIZACION DE PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARAN

Guillermo Fariña, Mónica Troncoso.

Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile.

La parálisis cerebral (PC) es un trastorno motor secundario a una lesión cerebral estática en los primeros 5 años de vida.

Objetivos: Caracterizar los pacientes con PC de nuestro servicio, identificar las causas, complicaciones neurológicas y extra-neurológicas.

Método: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes con PC controlados en nuestro centro. Análisis de registros clínicos.

Resultados: 157 pacientes, edad actual 12,6 (2,7-29,51) años. 5% antecedentes de consumo de tóxicos en embarazo, la edad gestacional 37,6 semanas (25-42), apgar al minuto 6 (0-9) y a los cinco 7 (1-10), la noxa fue 38,71% prenatal, las causas más frecuentes fueron malformaciones corticales (27%/41), asfixia perinatal (23%/37) y accidente cerebrovascular (25%/39), 14,8% tiene coeficiente intelectual normal, 90% tiene retraso del desarrollo psicomotor, 65,3% tiene epilepsia y 31,29% tuvo otras complicaciones neurológicas como microcefalia, hidrocefalia y déficit sensoriales, las extraneurológicas más frecuentes fueron neumonía 28,3%, constipación 22,7%, complicaciones ortopédicas 48,6%. Subtipo: tetraparesia espástica 45%, diplejia espástica 14,5%, Hemipléjica 23%, diskinética 4,5% y mixta 13%, encontramos diferencias significativas en el peso de nacimiento menor de 1500 gr, la EG <32 semanas para la diplejia espástica y la incidencia de epilepsia, uso de gastrostomía, desnutrición, neumonías a repetición y contracturas en la tetraparesia espástica.

Conclusiones: en nuestra serie la tetraparesia espástica es la forma más frecuente y la que cursa con mayores complicaciones. Las causas de PC corresponden fundamentalmente a trastornos pre y perinatales tales como malformaciones y asfixia perinatal. Un alto porcentaje de pacientes cursa con retraso psicomotor, epilepsia y complicaciones extra neurológicas.

SALA 4 Sala Valle NEUROLOGIA
TGD y Lenguaje
Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 18 EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESCLE- ROSIS MULTIPLE Y SU CORRELACION CON LA DISTRIBUCION DE LA CARGA LESIONAL.

Andrea Schlatter, Rocío Cortés Z. Jennifer Conejero, Loreto Vilches A.
Hospital Roberto del Rio. Clínica Santa María.

Introducción: La esclerosis múltiple en edad pediátrica corresponde a una patología de conocimiento en expansión. Sus hallazgos radiológicos establecidos, respecto a la ubicación de las lesiones, cantidad y sus características, han sido asociados a algunas fallas en áreas neuropsicológicas específicas, que no siempre son diagnosticadas en controles clínicos habituales.

Objetivos: Correlación clínico-radiológica y neuropsicológica de carga lesional en neuroimágenes en una serie de 4 pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple en control en un centro terciario de nuestro país.

Metodología: Evaluación clínica, neuropsicológica y emocional de pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple, en tratamiento y control en nuestro hospital.

Resultados: De los 4 pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple en control, 3 fueron evaluados con pruebas neuropsicológicas estandarizadas y evaluación emocional. Al analizar el coeficiente intelectual (WISC-R) de estos pacientes, todos quedaron en categorías Normal - Normal superior, sólo uno de ellos presentó disarmonías acordes a lesión. Al analizar las funciones superiores afectadas según ubicación de la lesión, las habilidades más notoriamente afectadas fueron: atención, organización visoespacial, funciones ejecutivas. Se realizó una evaluación emocional encontrándose en los 3 pacientes evaluados indicadores de depresión.

Conclusiones: El resultado de este análisis es concordante con los casos reportados en

la literatura, destaca, además, la importancia de la carga lesional en la evolución clínica de estos pacientes, y lo relevante que es su análisis detallado con pruebas neuropsicológicas que ayuden al seguimiento de estos pacientes. Se destaca también la importancia del diagnóstico y manejo precoz de síntomas depresivos en estos pacientes.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA

Genética Metabólica y Vascular

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 10

EXPERIENCIA EN EL DIAGNOSTICO, PESQUISA EN CASCADA Y MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE PACIENTES CON SINDROME X FRAGIL.

M. Angélica Alliende, Lorena Santa María, Bianca Curotto, Isabel Salas, Teresa Aravena, Angela Pugin, Paula Soto.

Centro de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes X frágil; laboratorio de citogenética molecular, INTA, Universidad de Chile malliend@inta.uchile.cl

Introducción: El Síndrome X frágil (SXF) es la forma hereditaria más común de discapacidad intelectual (DI). La mutación completa (MC) del gen FMR1 produce déficits cognitivos, trastornos del espectro autista y problemas socio-emocionales. Los adultos con una premutación (PM) pueden sufrir la enfermedad neurodegenerativa de inicio tardío, temblor y ataxia asociado al SXF (FXTAS); las mujeres con PM pueden presentar insuficiencia ovárica (FXPOI).

Objetivos: Realizar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de familias con SXF y determinar la participación multigeneracional de otros miembros a través de tests moleculares confirmatorios.

Métodos: A partir de ADN genómico, con la utilización de PCR específico y análisis directo del gen FMR1 por Southern blot se identifica la mutación. Luego con un enfoque multidisciplinario, el equipo de especialistas propone el manejo terapéutico más adecua-

do al paciente y otros miembros de la familia afectados.

Resultados: De 1680 pacientes estudiados en 102 (6%) casos se diagnosticó una mutación. En 10 familias nuevas atendidas, se detectó un total de 40 miembros afectados, 22 de ellos corresponden a probandos y hermanos con MC, 16 son familiares portadores de PM y 2 mosaicos de MC y PM. En seis de las familias existía un adulto con antecedentes de trastornos neurodegenerativos o FXTAS y en 3 familias había mujeres con FXPOI. Entre los principales problemas que refieren las madres están: difícil manejo del comportamiento en la casa y escuela, escasas actividades diarias de los adultos afectados y dificultades para enfrentar la enfermedad en los miembros de la familia.

Conclusión: Esta estrategia ha demostrado ser eficiente en identificar un mayor número de familiares afectados con mutaciones del gen FMR1; ha permitido apoyar las principales necesidades de las familias afectadas, ofrecer un enfoque multidisciplinario de los pacientes y entregar consejo genético.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA

Genética Metabólica y Vascular

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 13

FENOTIPO CONDUCTUAL DEL SÍNDROME DE SMITH-MAGENIS: REPORTE DE 3 CASOS EN CHILE.

Teresa Aravena, Cristóbal Passalacqua, Bianca Curotto, María Angélica Alliende, Ángela Pugin, Lorena Santa María
INTA, Universidad de Chile. 2 Hospital Van Buren, Valparaíso, Chile.

Introducción: El síndrome de Smith-Magenis (SSM; OMIM 182290) es un complejo desorden neurocognitivo, causado por una deleción intersticial del cromosoma 17p11.2. El SSM ocurre en aproximadamente 1 en 25,000 recién nacidos y se caracteriza por dismorfias faciales menores, discapacidad intelectual y trastornos neuroconductuales,

incluyendo trastornos del sueño, conductas desadaptativas, autoinjurias y movimientos repetitivos.

Objetivo: Presentar las características físicas y neuroconductuales de niños chilenos con SSM. Métodos: se revisaron los antecedentes clínicos de 3 pacientes referidos para estudio por discapacidad intelectual. La deleción del brazo corto del cromosoma 17 fue evaluada con cariograma y FISH específico (17p11.2LSI SMS, Vysis).

Resultados: en todos los casos se confirmó una deleción clásica en 17p por FISH y el cariotipo fue normal. La evaluación clínica de los pacientes, con edades entre los 2 y 13 años, mostró anomalías craneofaciales y conductuales, hipotonía, retraso psicomotor y discapacidad intelectual, exceso de apetito y obesidad, conductas estereotipadas y de autoinjurias, y trastornos del sueño. Sólo uno presentaba poliembolomanía y ninguno tenía malformaciones cardíacas o renales asociadas. El tratamiento propuesto incluyó estimulación precoz, manejo de la conducta, terapia ocupacional, fonoaudiología y kinesioterapia.

Discusión: los resultados confirman los hallazgos descritos en la literatura internacional y según nuestro conocimiento son los primeros pacientes con SSM reportados en Chile. Aún cuando el SSM es un síndrome relativamente poco frecuente, debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de pacientes con discapacidad intelectual asociada a trastornos severos de conducta, incluyendo movimientos estereotipados, conductas de autoagresión y trastorno del sueño.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA
Genética Metabólica y Vascular
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 26

PATRONES NEURO-RADIOLÓGICOS EN ADRENOLEUCODISTROFIA LIGADA AL X (ADL-X)

M. Hernández, K. Ellenberg, T. Mesa, R. Escobar, G. Durán, M. Santos, I. Huete.

División de Pediatría, Departamento Biología Celular y Molecular División Radiología. Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile; Int. Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

Introducción: La ALD-X es una enfermedad peroxisomal que afecta a 1/20.000 RN hombres. Se distinguen varios fenotipos de acuerdo a su presentación clínica. La resonancia magnética (RM), describe 5 patrones radiológicos iniciales que nos orientan y ayudan a excluir otras patologías.

Objetivos: Describir patrones neuroradiológicos en RM de pacientes con ADL-X, basado en la localización anatómica de las lesiones.

Material y Método: Se revisan las neuroimágenes de 8 pacientes con ADL-X, y se clasifican según patrones radiológicos de la primera imagen cerebral, según clasificación de Loes et al.

Resultados: El análisis de imágenes permitió clasificar a los pacientes en 3 patrones radiológicos. En 4 pacientes se describió el patrón 1 con compromiso primario de sustancia blanca en lóbulos parieto-occipitales y/o esplenio del cuerpo calloso, 1 paciente presentó el patrón 2 con compromiso de lóbulos frontales o genu del cuerpo calloso y 1 paciente presentó patrón 5 compromiso combinado de sustancia blanca parietooccipital y frontal. No encontramos imágenes con compromiso de sustancia blanca primario cerebelar (patrón 3) o proyecciones frontopontinas o corticoespinales (patrón 4).

Conclusión: Los patrones neuroradiológicos más frecuente corresponden al clásico patrón 1, pero existen otras localizaciones de lesiones desmielinizantes que deben reconocerse precozmente para orientar el estudio.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA
Genética Metabólica y Vascular
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 41**ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO DE LOS NEUROTRANSMISORES EN NEUROPIEDIATRÍA: DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y SEGUIMIENTO NEUROLÓGICO EN UNA SERIE CLÍNICA.**

Troncoso, Mónica; Santander, Paola; Rubilar, Carla; León, Doris; Troncoso, Ledia. Servicio de Neuropsiquiatría infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago, Chile. Facultad de Medicina, Campus Centro, Universidad de Chile. Hospital Higuera de Talcahuano.

Introducción: Las manifestaciones clínicas neurológicas de los errores congénitos de los neurotransmisores (NT) aminérgicos son diversas. La distonía respondedora a L-Dopa de herencia autosómica dominante por deficiencia de GTPciclohidrolasa1(GTPCH1) es la forma más frecuente y su respuesta a tratamiento es satisfactoria.

Objetivos: Describir características clínicas, respuesta a tratamiento y evolución de pacientes diagnosticados con errores congénitos de neurotransmisores aminérgicos en nuestro centro.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo y seguimiento prospectivo de 17 pacientes. Revisión registros clínicos.

Resultados: 17 pacientes. 16/17 presentan Distonía respondedora a L-Dopa. 12/16 son mujeres. En 9/16 la edad promedio inicio de síntomas es 5 años y de diagnóstico 9,5 años. En todos el síntoma inicial fue alteración de la marcha con fluctuación diurna, distonía de extremidades inferiores (8/9) y superiores (8/9), distonía tronco (3/9), temblor (3/9). Familiares adultos (7/16) inician síntomas entre los 20 y 40 años: distonía focal y/o parkinsonismo. El tipo de herencia fue autosómico dominante. El test de fenilalanina fue orientador. Se confirma diagnóstico con medición de niveles de NT en LCR: concentraciones muy bajas de neopterininas, biopterinas y bajos de 5HIAA, HVA sugerentes de deficiencia de GTPCH1. En 2 familias estudio genético positivo. La respuesta al tratamiento con levodopa fue satisfactoria. Un paciente (1/17)

presenta déficit de L-Dopa decarboxilasa con retraso desarrollo psicomotor global severo, fiebre, hipotonía, epilepsia, distonía y desenlace fatal.

Conclusiones: En nuestra serie predomina la Distonía respondedora a L-Dopa con características clínicas y respuesta a tratamiento descrita clásicamente en población infantil y adulta. El diagnóstico precoz permite tratamiento oportuno con mejoría de la sintomatología y evolución favorable.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA
Genética Metabólica y Vascular
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 46**ENFERMEDADES PEROXISOMALES DE PRESENTACIÓN NEONATAL: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS CLÍNICOS**

Patricia Parra, Andrés Barrios, María José Hidalgo, Karen Nilo, Carolina Coria, Carolina Díaz, Jorge Carrera, Patricio Guerra, Paola Santander, Mónica Troncoso. Servicio Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile. Hospital de Copiapó, Hospital de Chillán, Hospital de Puerto Montt.

Introducción: Las enfermedades peroxisomales de presentación neonatal corresponden mayoritariamente a desórdenes en su biogénesis. De éstos, el más grave es el Síndrome de Zellweger, caracterizado por convulsiones de inicio precoz, hipotonía severa, dismorfias faciales, compromiso hepático y renal.

Objetivo: Presentar la experiencia de nuestro centro respecto a los casos diagnosticados con enfermedades peroxisomales de presentación neonatal, manifestaciones clínicas y exámenes de apoyo diagnóstico.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Análisis de registros clínicos.

Resultados: Se describen 4 pacientes pro-

venientes de distintas regiones, todos nacidos de término, 3 sexo masculino y 1 femenino. Todos evolucionaron gravemente, con hipotonía, trastornos de succión/deglución y crisis convulsivas de difícil manejo de inicio entre los 1 y 19 días de vida, requiriendo 2/4 ventilación mecánica. En 3/4 pacientes destacaban dismorfias faciales características. Todos evolucionaron con hepatomegalia y 3/4 presentaron ictericia. En 1/4 se constataron múltiples quistes renales. En todos los casos la neuroimagen mostró alteraciones, 4/4 hipomielinización, 3/4 polimicrogiria y 1/4 agenesia cuerpo calloso. En todos se obtuvo la confirmación diagnóstica con perfil de ácidos grasos de cadena muy larga anormal compatible con defecto en la oxidación peroxisomal de ácidos grasos.

Conclusiones: En nuestra serie los niños debutan en el período de recién nacido con epilepsia de difícil manejo, con gran hipotonía, dismorfias y compromiso multisistémico compatibles con el espectro Zellweger.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA
Genética Metabólica y Vascular
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 47

SINDROME DE MOWAT WILSON: REPORTE DE DOS CASOS

Jofré, Javiera; Mabe, Paulina; Escribano, Gloria; Gaete, Raquel; Reyes, Fenella; Carvajal, Maritza

Unidad Neurología Infantil Hospital Exequiel González Cortés.

Introducción: El síndrome Mowat Wilson (SMW) es una genopatía de baja frecuencia, con prevalencia mundial estimada de 150-200 casos. Causada por mutaciones o deleciones *de novo* del gen *ZEB2* (2q22), de herencia autosómica dominante. Actualmente no hay consenso clínico para diagnóstico, realizándose éste en base a sumatoria de dismorfias faciales típicas (DFT) y anomalías congénitas (AC). Las DFT son hipertelorismo ocular, cejas acampanadas, columela prominente, mentón puntiagudo, lóbulos orejas elevados con depresión central y expresión

con boca abierta. Entre las AC, destaca el Síndrome Hirschprung (SH), malformaciones génito-urinarias, cardíacas y agenesia/hipoplasia cuerpo calloso, además de microcefalia y epilepsia. En Chile hay reportado sólo un caso previo.

Objetivos: Reportar y dar a conocer características clínicas de dos nuevos casos, comparándolos con aquellas previamente publicadas.

Descripción casos: Un varón de 2 años (CASO 1) y una mujer de 3 años edad (CASO 2). Ambos tienen diagnóstico de SMW por presentar 100% de DFT y al menos una AC. De los hallazgos neurológicos, los 2 tienen epilepsia, RDSM global, conducta autista, microcefalia y agenesia o hipoplasia cuerpo calloso. El CASO 2 presentó en período lactante hiperplasia suprarrenal congénita, situación que en CASO 1 está en observación.

Conclusiones: Es importante destacar lo fundamental del examen clínico de estos pacientes, entendiendo que el fenotipo es la base del diagnóstico. Siendo éste un síndrome con alta repercusión neurológica, nos parece relevante dar a conocer ambos casos, a fin de aumentar el índice de sospecha y optimizar su manejo. Cabe mencionar, que el diagnóstico de SMW se hizo durante el presente año, pudiendo inferir probable subdiagnóstico en otros pacientes.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA
Genética Metabólica y Vascular
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 68

EVALUACION Y DIAGNOSTICO GENETICO DE PACIENTES CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y RETRASO MENTAL, HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RIO. 2011.

Carmen Pérez N., Felipe Castro, Cecilia Villaseca, M. Angeles Avaria. Hospital Roberto del Río, Unidad Neurología 1. Dpto. Pediatría Campus Norte U. de Chile. 2 Unidad Genética³

El diagnóstico precoz y específico de etiología genética en niños con retraso del desarrollo es fundamental para lograr información clínica útil tanto para el clínico como la familia, en cuanto a evolución, comorbilidades, pronóstico, riesgo de recurrencia, terapia disponible y asesoría genética.

Objetivo: Evaluar aporte del examen clínico genético, cariograma y exámenes específicos en diagnóstico genético específico en niños con retraso global del desarrollo psicomotor (**RGDPM**) y retraso mental (**RM**).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se revisaron fichas de pacientes referidos a genética entre enero/marzo 2011, con diagnósticos RM o RGDPM. Se recopilaron: edad de derivación, antecedentes personales/familiares, diagnóstico clínico genético, exámenes solicitados y diagnóstico final.

Resultados: Total pacientes 45. RM: 55,6% (RM leve 80%), RGDPM: 44,4%, Sexo masculino: 77,8%, edad derivación: 7,9 años (4-12 años), antecedentes familiares: 55,6%, predominando trastornos de aprendizaje (22,2%) RM: hermanos 22,2%, padres 11,1%, consanguinidad padres: 22,2%, DSM: 100% con trastornos del lenguaje, 77,8% con retraso motor. Solo 55,6% con dismorfias al examen (25 pacientes), predominando: alteraciones de boca-mentón-paladar: 55,5%. En 8 pacientes (18%) se planteó síndrome específico: Down mosaico: 4, Prader Willi: 2, Turner: 2 pacientes. En 17 pacientes: origen genético no sindrómico. Se realizó Cariograma a todos los pacientes (100% normales). Fish en 5 pacientes (11,1%).

Conclusiones: La consulta a genetista permite reafirmar la etiología genética en más de la mitad de los pacientes referidos y aporta en sospecha de síndromes específicos. Una mayor facilidad en acceso a exámenes específicos permitiría probablemente ayudar a definir etiología.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA
Genética Metabólica y Vasculat

Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 86

DELECIÓN SUBTELOMÉRICA 4q: DISCUSIÓN DEL SIGNIFICADO CLÍNICO DE LA ALTERACIÓN DESCRITA COMO VARIANTE POLIMÓRFICA, EN UNA FAMILIA CON DOS HIJOS AFECTADOS

Bianca Curotto : M. Angélica Alliende; Teresa Aravena; Lorena Santa María.

Laboratorio citogenética molecular INTA
Universidad de Chile. bcurotto@inta.cl

Introducción: Las alteraciones subteloméricas constituyen una importante causa de déficit intelectual (DI), un 6% del retardo mental idiopático podría explicarse por reordenamientos submicroscópicos que afectan la región subtelomérica. En el 50% de los casos estos rearrreglos desbalanceados son transmitidos por padres portadores de alteraciones crípticas balanceadas.

Algunos desbalances (1p, 1q, 2q, 4p, 5p, 9p) presentan un cuadro clínico bien caracterizado, sin embargo, dado la heterogeneidad de las alteraciones encontradas, en la mayoría se desconocen las consecuencias fenotípicas. También se han reportado deleciones subteloméricas consideradas como polimorfismos familiares. Esto indica la necesidad del estudio parental para establecer el significado clínico de la alteración.

Objetivo: Discutir el significado clínico de la deleción subtelomérica 4q en una familia con dos hijos con dismorfias faciales y RDPM.

Métodos: Se evaluó clínicamente a toda la familia. El FISH subtelomérico se realizó a los padres y sus 4 hijos, utilizando el panel ToTeVysion (Vysis).

Resultados: En los dos hijos afectados y en el padre se detectó una deleción subtelomérica 4q. El padre era fenotípicamente normal. Los dos hijos sanos y la madre no presentaron alteraciones.

Conclusiones: Dado que la deleción subtelomérica involucra un sitio polimórfico conocido y es heredada de un padre sano, es

necesario determinar el tamaño de la deleción con otros métodos moleculares de alta resolución, para asignar un significado patológico de esta alteración en los hijos portadores. Definir el tamaño del segmento del desbalance ayudaría a establecer una correlación genotipo-fenotipo en estos pacientes y al asesoramiento genético en esta familia.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA

Casos Metabólica/Genética

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 33

COMPLICACIONES TARDÍAS EN LA ACIDEMIA PROPIONICA: NEUROPATÍA ÓPTICA.

Arias C: Raimann E, Cornejo V, Cabello JF, Peredo P, Castro G, Fernández E, Valiente A, Betta K.

LABGEM Laboratorio de Genética y Enfermedades Metabólicas, INTA, Universidad de Chile Santiago, Chile.

Introducción: La acidemia propiónica es una enfermedad metabólica producida por un defecto en la enzima Propionil Coa-Carboxilasa. Sin un diagnóstico precoz lleva al coma con grave compromiso neurológico. Un diagnóstico precoz con tratamiento adecuado permite prevenir las secuelas. Entre las complicaciones descritas la neuropatía óptica ha sido reportada ocasionalmente.

Objetivos: Realizar una descripción de dos pacientes con Acidemia Propiónica y neuropatía óptica.

Paciente y métodos: Paciente 1 MAE 19 años, sexo femenino, sin consanguinidad, diagnosticada a los 11 meses por hipotonía y convulsiones iniciando tratamiento. Evoluciona satisfactoriamente hasta los 9 años presentando status epiléptico y posteriormente propionilcarnitinas persistentemente elevadas. A los 18 años presentó neuropatía óptica bilateral. Paciente 2 JBO 14 años, sexo masculino, sin consanguinidad diagnosticado a los 5 meses por hipotonía y convulsiones iniciando tratamiento. Evoluciona satisfactoriamente hasta los 9 años cuando

descontinúa el tratamiento elevándose las propionilcarnitinas. A los 12 años presentó neuropatía óptica bilateral.

Resultados: Ambos pacientes tienen psicometría con coeficiente intelectual en rango límite (84-75), junto a la pérdida de visión acompañado de un mal control metabólico en los últimos 5 años.

Discusión: El mantener un adecuado control metabólico previene las complicaciones descritas. En cambio la falta de adherencia al tratamiento exponen a estos pacientes al riesgo de neuropatía óptica.

Conclusiones: La neuropatía óptica es una complicación tardía de la acidemia propiónica que se puede prevenir con un adecuado control metabólico. Sugerimos incorporar la evaluación oftalmológica en el seguimiento de estos pacientes.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA

Casos Metabólica/Genética

Viernes 14 de Octubre de 2011

7:30 – 09:00 Horas

TLN – 89

ENFERMEDAD DE MENKER: PRESENTACION DE 1 CASO CLÍNICO

Yuri Dragnic, Cinthya Margarit, Pablo Valenzuela

La Enfermedad de Menker es una patología congénita del metabolismo del cobre, herencia recesiva ligada al cromosoma X, incidencia de 1/300.000 nacidos. Provoca acumulación excesiva de cobre en hígado y déficit en el resto del organismo, produciendo neurodegeneración, alteraciones del pelo y muerte temprana atribuibles a la baja actividad de enzimas cobre-dependientes. El diagnóstico se hace con valores bajos de cupremia y ceruloplasmina a partir de una sospecha clínica, siendo el cobre-histidinato el tratamiento recomendado. A continuación se describe un caso clínico portador de esta enfermedad metabólica.

Prematuro de 34 semanas, sexo masculino. A los 3 meses de vida ingresa al Hospital Clínico de la Universidad de Chile por síndrome

febril, constatándose mioclonías generalizadas y clonías focales, hipoactividad, desviación de mirada a derecha, compromiso de conciencia fluctuante e irritabilidad. Inicia fenobarbital y clobazam. Punción lumbar normal, electroencefalograma muestra actividad focal derecha. RNM cerebro: retardo de mielinización y adelgazamiento del cuerpo caloso. Ceruloplasmina 3 mg/dL. Cupremia 65.7 microgr/dL. Estudio morfológico del pelo: pili torti. No inicia histidinato de cobre por diagnóstico tardío. Inicia levetiracetam con buen control inicial de crisis. Actualmente 10 meses, sostén cefálico parcial, CC: 42 centímetros, mejor nivel de alerta. Presenta recaída convulsiva (espasmos masivos) y retraso psicomotor severo.

Una suplementación temprana con histidinato de cobre puede modificar sustancialmente el progreso de la enfermedad mejorando síntomas neurológicos y sobrevida. Su instauración tardía tendría un menor impacto en el pronóstico general y es materia de controversia su indicación más allá de las dos primeras semanas de vida.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA
Casos Metabólica/Genética
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 61

ENFERMEDAD DE HUNTINGTON JUVENIL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rojas Catalina, Novoa Fernando, Luksic Yerka, Baltra Estebeni, Stephanie Marín. Programa de Formación en Neuropediatría, Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren. Neuropediatra docente programa de Formación en Neuropediatría, Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren.

Introducción: La enfermedad de Huntington (EH) es una enfermedad neurodegenerativa producida por expansión de tripletes CAG en el gen IT15 del cromosoma 4. La presentación juvenil (EHJ), corresponde a un 5-7% de los casos y menos 1% se presentan antes de los 10 años.

Objetivo: Describir caso de EHJ.

Caso: Sexo femenino, 12 años sin antecedentes perinatales. Antecedentes familiares iniciales no relevantes. Desde los tres años presenta trastorno del lenguaje agregándose postura distónica de mano izquierda y trastorno de la marcha de instalación lenta. Al examen destaca facie hipomímica, disartria, rigidez de las cuatro extremidades con latencia al iniciar marcha, con aumento de base de sustentación. Se plantea síndrome extrapiramidal y se inicia estudio. Exámenes de laboratorio: ceruloplasmina, cupruria, Tandem mass negativos, evaluación oftalmológica normal. La RNM muestra hiperintensidad de ganglios basales con marcada atrofia de cabeza de caudados compatible con probable EH. Durante el estudio se entrega antecedente de que padre biológico tendría EH. Se inició tratamiento con L dopa con mejoría parcial de los síntomas. En espera de resultado de estudio genético.

Conclusión: La EHJ de presentación en menores de 10 años es una patología poco frecuente debiéndose plantear diagnóstico diferencial con un amplio abanico de posibilidades. Hemos descrito un caso de EHJ, en los que el retraso del habla temprana y persistente déficit del lenguaje son hallazgos consistentes precediendo alteraciones motoras, lo que está descrito como presentación característica a esta edad.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA
Genética Metabólica y Vascular
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 20

FACTORES DE RIESGOS PARA INFARTO ISQUEMICO ARTERIAL PEDIATRICO

Catalina Samsó; Tomás Mesa, Raúl Escobar, Marta Hernández.

División de Pediatría, Unidad Neurología Infantil Hospital Clínico Universidad Católica. Santiago-Chile.

Introducción: Los factores de riesgo (FR) para el AVE pediátrico difieren del adulto, resultando un proceso multifactorial, en el cual es común encontrar hasta tres o más FR. Los estudios pediátricos internacionales

les (IPSS) han agrupado estos factores en 6 categorías que cubren la mayoría de las etiologías asociadas. Nuestro estudio tiene como objetivo describir los principales FR de nuestros pacientes y asociarlos a con sus variables demográficas.

Pacientes y Método: De la base de datos AVE infantil UC (Enero 2003 a Julio 2011), se buscan los Infartos isquémicos arterial (IIA) excluyendo los recién nacidos. Los FR se definieron como condición asociada al AVE, se dividieron en 6 categorías: Cardiopatías, vasculopatías, Enfermedades crónicas sistémicas (ECS) y de cabeza y cuello y enfermedades agudas sistémicas (EAS) y de cabeza y cuello (EACC).

Resultados: Se registran 89 pacientes con IIA, 64% hombres, mediana edad 1,7 años (rango 1 mes - 17,3 años). No se identificaron FR en 6 pacientes (6.7%). De 83 con FR, los más frecuentes fueron EAS, cardiopatía, ECS, EACC, arteriopatía y ECCC con un 61, 42, 34, 23, 10 y 6% respectivamente. Con sólo un FR habían 32 pacientes y 49 tenían 2 o más FR.

Conclusión: Los principales FR en nuestros pacientes fueron EAS, cardiopatías y ECS. Llama la atención la baja prevalencia de vasculopatía comparada con estudios internacionales. Es importante considerar los principales FR asociados, para un diagnóstico precoz y planificación de medidas preventivas.

SALA 5 Sala Arena
Genética Metabólica y Vascular
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 21

INFARTO ISQUEMICO ARTERIAL PEDIATRICO Y SUS MANIFESTACIONES CLINICAS

Catalina Samsó, Tomás Mesa, Raúl Escobar, Marta Hernández.

División de Pediatría, Unidad Neurología Infantil Hospital Clínico Universidad Católica. Santiago-Chile.

Introducción: El accidente vascular encefálico (AVE) es una patología bien reconocida en la población pediátrica, sin embargo es frecuente el atraso en el diagnóstico. Una descripción de los síntomas y signos de presentación podrían reducir el tiempo de diagnóstico y optimizaría el tratamiento. Nuestro objetivo es describir las manifestaciones clínicas del infarto isquémico arterial (IIA) pediátrico.

Pacientes y método: Desde Enero 2003 a Julio 2011, se realiza un registro prospectivo de AVE infantil UC, desde la etapa neonatal a adolescente. De este registro, se individualizaron los IIA pediátricos (>28 días a 19 años). Se consignó la presentación clínica neurológica como síntomas focales, difusos y convulsiones.

Resultados: Se registran 89 pacientes con IIA, 63% hombres con una mediana de edad de 1,7 años (1m -17 años). La presentación clínica de mayor frecuencia fue sintomatología neurológica difusa 71% (63/87) y de ésta la más frecuente es compromiso de conciencia (CC) con un 90%. La signología focal estuvo presente en el 56% (50/89) y las convulsiones en el 54% (48/89), el 29% correspondía a un estado epiléptico (EE) (14/48), 2 de ellos EE eléctrico. Al segmentar por edad, los menores de 4 años presentan menos signos focales (48% vs 71%) y mayor frecuencia de crisis (57% vs 48%).

Conclusión: El CC y las convulsiones son las manifestaciones clínicas más frecuentes de un IIA en menores de 4 años, en los mayores de esta edad, pasa a tener importancia la sintomatología focal. La definición de la OMS para AVE debiera ser revisada en menores de 4 años.

SALA 5 Sala Arena NEUROLOGIA
Genética Metabólica y Vascular
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 22

ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO: PREDOMINIO SEXO MASCULINO.

Catalina Samsó; Tomás Mesa, Raúl Escobar,

Marta Hernández.
División de Pediatría, Unidad Neurología Infantil Hospital Clínico Universidad Católica.
Santiago-Chile, e-mail: mherandez@med.puc.cl

Introducción: En adultos, el accidente vascular encefálico (AVE) predomina en hombres, esta disparidad está asociada a mayor consumo de tabaco y alcohol. Los estudios Internacionales pediátricos demuestran que igualmente son más frecuentes en hombres. Queremos saber si en nuestro país, este predominio se mantiene en relación a la edad y tipo de AVE.

Pacientes y método: El registro de AVE isquémico infantil UC se inicia en Enero 2003 a Julio 2011, se ingresan a la base de datos AVE infantil UC todos los AVE isquémicos arterial (IIA) y venoso (IIV) de recién nacidos <28 días, incluyendo los presumiblemente prenatales y niños hasta la edad de 18 años.

Resultados: Se registran 158 pacientes con AVE, 101 hombres (63%). Existe predominio de hombres en todos los grupos de edades (100% prenatal, 58% en menores de un año, 68% entre 1-4 y 5-9 años, excepto para mayores de 15 años, donde predominio fue femenino. Según el subtipo de infarto, para IIA hay un predominio significativo de hombres con un 62% (IC 56-70 valor $p=0,001$) que se mantiene si se analiza en recién nacidos y pediátricos. Según factores de riesgo hay predominio hombres para cardiopatías y enfermedades agudas asociadas. Sin diferencia por género cuando presentaban factores de riesgo como vasculopatía y enfermedades crónicas.

Conclusión: El AVE es significativamente más frecuente en la población masculina menor de 15 años, y del subtipo IIA. Según FR es más frecuente cardiopatías y agudas sistémicas. Pendiente continuar estudios para comprender mecanismos de AVE en niños.

SALA 5 Sala Arena
Genética Metabólica y Vascular

Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 23 IMÁGENES EN EL INFARTO ISQUEMICO ARTERIAL PEDIATRICO

Catalina Samsó, Tomás Mesa, Raúl Escobar, Isidro Huete, Marta Hernández.
División de Pediatría, Unidad Neurología Infantil Hospital Clínico Universidad Católica.
Santiago-Chile

Introducción: La OMS define AVE como un déficit neurológico focal de inicio abrupto de más de 24 horas y origen vascular. En niños, a esta definición debiera integrarse la referencia de una neuroimagen, ya que los síntomas focales o difusos, son difíciles de reconocer en un recién nacido o lactante. La RM es el gold estándar para el diagnóstico, considerando que el CT precoz puede ser normal. El Objetivo de este trabajo es describir las características neurorradiológicas de niños con Infarto isquémico Arterial (IIA).

Pacientes y método: De la base de datos AVE infantil UC (Enero 2003 a Julio 2011), se registraron IIA de recién nacidos a 18 años, excluyendo a los presumiblemente prenatales. Se realizó una descripción de las variables neurorradiológicas y asociación con su presentación clínica.

Resultados: Se registran 131 pacientes, 64% hombres, 31% neonatos, mediana 0,44 años, (rango 1 día -17,6 años). El 85% de las neuroimágenes corresponden a RM. El 3% eran recurrencias de infartos previos no diagnosticados. En cuanto a circulación comprometida, el 72% fue anterior, el 64% de grandes vasos. Los infartos fueron en su mayoría múltiples y bilaterales (63 y 51%) El 18% presentó transformación hemorrágica. Un 10% presentó además hemorragia meníngea.

Conclusión: El AVE infantil presenta características de mayor gravedad al adulto, la mayoría son múltiples, bilaterales y de grandes vasos. Destaca el 3% de recurrencias no diagnosticadas. La transformación hemorrágica es menor que la descrita en estudios

internacionales (18 v/s 30%) y mayor que la descrita en adultos (18 v/s 30%).

SALA 5 Sala Arena
Genética Metabólica y Vascular
Viernes 14 de Octubre de 2011
7:30 – 09:00 Horas

TLN – 15

CAVERNOMAS EN PEDIATRÍA: DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS

M. Hernández, M. López, C. Devaud, Isidro Huet.

División de Pediatría y Radiología Hospital Clínico Universidad Católica Hospital Regional de Iquique Santiago-Chile.

Introducción: Las malformaciones cavernomatosas son alteraciones vasculares angiográficamente ocultas cuyo manejo terapéutico, especialmente en los localizados en áreas elocuentes, permanece en debate. No hay estadísticas confiables de su incidencia. Ocurren en forma esporádica y familiar y su estudio debe apuntar a saber su ubicación, síntomas y riesgo de sangramiento entre otras.

Objetivo del Estudio: presentar 3 casos clínicos de pacientes con cavernomas y describir su presentación clínica y evolución.

Resultados: Se describen tres pacientes, dos de sexo masculino. **Paciente 1:** Niño, 5 años, previamente sano, en forma brusca presenta un status TCG de 60 minutos de difícil tratamiento que requiere tratamiento triasociado y conexión a VM. TAC cerebral inicial informa hemorragia cerebral y la RM describe cavernomatosis múltiple de ubicación supratentorial profunda y superficial. La evolución posterior fue hacia la recuperación sin secuelas. Conducta expectante. **Paciente 2:** Niño, 11 años, antecedentes de migraña desde los 6 años, tratadas con propanolol, topiramato y terapia psicológica. TAC cerebral normal y RM informa cavernoma frontal derecho. Tratamiento de migraña y conducta neuroquirúrgica expectante. **Paciente 3:** Niña, 3 años, retraso desarrollo psicomotor y crisis febril compleja (7 meses). TAC cerebro normal, RM antiguas microhemorragias cerebelosas y cavernomas cerebelosos pequeños. Evoluciona con epilepsia. Conducta neuroquirúrgica expectante.

Conclusión: Estas heterogéneas presentaciones clínicas se manejaron en forma expectante en relación a los cavernomas. Si bien el primer caso está claramente relacionado a la clínica, los otros casos parecen ser hallazgos. La resonancia magnética es fundamental para el diagnóstico.

Trabajos Libres de Psiquiatría

Sala 1 PSQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 1

TRASTORNO DEPRESIVO Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES

Dra. Bernardita Prado, Dra. Marcela Matamala, Dra. Paulina Merino, Dra. Gigliona Canoní, Enf. María Isabel González.

Centro de Salud del Adolescente SERJOVEN, Departamento. Pediatría y Cirugía Infantil Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La aparición de trastornos psiquiátricos y conductas sexuales de riesgo tiene su peak en la adolescencia. Estudios internacionales reportan relación entre trastornos psiquiátricos y enfermedades de transmisión sexual, pero pocos consideran trastornos comunes como depresión. Pacientes deprimidos presentan menor auto-protección, deterioro del juicio, percepción inexacta del riesgo e incapacidad para negociar las relaciones sexuales y uso de condón, teniendo RR de 2,2 de conducta sexual de riesgo y de 1,6 de ITS durante el último año. Dada la escasa información existente en la clínica práctica y salud pública, se realiza estudio que evalúa la conducta sexual de riesgo en población de adolescentes con trastorno depresivo.

Objetivo: Analizar la conducta sexual en pacientes adolescentes con trastorno depresivo.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal entre mayo-octubre 2010 en el cual se hizo el diagnóstico clínico de tras-

torno depresivo y evaluación de conducta sexual.

Resultados: De 29 adolescentes con diagnóstico de depresión, 89% mujeres, edad promedio 17 años, 62% son sexualmente activos, y del resto, 36% presenta conducta anticipadora. De aquellos sexualmente activos, 94% usuario método anticonceptivo, 61% ha presentado riesgo de embarazo (coito sin protección y/o sin método anticonceptivo), 17% madre adolescente, 6% describe pareja sexual múltiple, 6% desea embarazarse, 6% presenta antecedente de abuso sexual, y no hay registro de ITS.

Conclusión: La mayoría de los pacientes con diagnóstico de depresión y sexualmente activos presenta al menos una conducta sexual de riesgo. Conocer esta relación permite identificar poblaciones en riesgo, ayudando a la prevención e intervención.

Sala 1 PSQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 2

TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO (FOLIE A DEUX).

Dra. Bernardita Prado, Dra. Cecilia Garbino, Dra. Ana Margarita Maida.

Unidad de Terapia Familiar, Hospital Calvo Mackenna, Universidad de Chile.

Introducción: El trastorno psicótico compartido o *folie a deux* es una condición psiquiátrica poco común caracterizada por la presencia de síntomas psicóticos similares, comúnmente ideas delirantes, en dos o más individuos. Generalmente sólo uno de ellos

sufre un auténtico trastorno psicótico (caso primario) que induce síntomas similares en otro. Son características la similitud de las ideas y la estrecha relación entre estos individuos, que generalmente presentan aislamiento social. En esta relación el inductor es el dominante, impone gradualmente su trastorno psicótico a una o más personas. En estos últimos el trastorno puede ser una manera de satisfacer sus necesidades de dependencia, evitando la amenaza y hostilidad del dominante, disfrazándola de psicosis. Se desconoce prevalencia ya que no suelen buscar ayuda profesional. Normalmente remite cuando se les separa, siendo esta intervención la más efectiva.

Objetivo: Describir caso de Trastorno Psicótico Compartido que involucra a padre, madre e hija adolescente.

Metodología: Revisión de caso clínico consultante en Hospital Calvo Mackenna.

Resultados: Descripción de un caso de *folie a trois*, donde tanto madre como la hija son afectadas por el padre.

Conclusión: La evaluación de un caso de trastorno psicótico compartido debe considerar número de personas implicadas, su condición psiquiátrica, descartando alteraciones orgánicas comórbidas, naturaleza de la relación compartida y tipo de vinculación. En este caso destaca el desarrollo psicológico de adolescente que crece en medio de este trastorno. El tratamiento es en sí un desafío ya que propone la separación del vínculo, medida amenazante que puede comprometer la adherencia al tratamiento.

Sala 1 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 3

SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL

Dra. Bernardita Prado, Dra. Cecilia Garbino,
Dra. Ana Margarita Maida.
Unidad de Terapia Familiar, Hospital Calvo Mackenna.

Introducción: El Síndrome de Alienación Parental (SAP) es considerado un maltrato infantil, donde un progenitor (alienador) desencadena la ruptura del vínculo del hijo con el otro progenitor (alienado). Se genera un odio patológico e injustificado hacia el alienado, mientras el alienador es amado idealizadamente. Conlleva consecuencias devastadoras en el desarrollo físico y psicológico del hijo. Suele asociarse al divorcio o separación de padres, pero puede no darse en este contexto. Requiere un buen vínculo previo a la separación entre hijo y progenitor alienado. Los hijos muestran hacia el alienado un desprecio que los enorgullece, sus razones son débiles o absurdas, con escenarios prestados, carecen de ambivalencia y culpa, y niegan contribución por parte del alienador. El diagnóstico se reserva para los profesionales de salud asignados como peritos, fundado en criterios: bloqueo al acceso y contacto del hijo con el alienado, justificado como medio de protección, acusaciones de abuso (maltrato físico, sexual y emocional) falsas o infundadas, deterioro de la relación hijo-alienado desde la separación, y miedo intenso del hijo hacia el alienador.

Objetivo: Describir tres casos clínicos de SAP enfatizando el rol del profesional en su pesquisa.

Metodología: Revisión de cuatro casos clínicos de familias con diagnóstico de SAP.

Resultados: Descripción de casos.

Conclusión: Considerando su dimensión, graves consecuencias y difícil pesquisa, proponemos que el rol del profesional de salud es fundamental en la investigación exhaustiva del caso, incluyendo la evaluación de ambos progenitores. De no ser así, el profesional podría, sin quererlo, ser parte también del SAP.

Sala 1 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP - 4**MOTIVACIÓN DE LOS PADRES, GRAN DESAFÍO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL**

Dra. Bernardita Prado, Dra. Valerie Jeanne-
ret, Francisca Salamé, Maritza Merino, Dra.
María Luisa Aguirre, Dra Verónica Marín, Dra.
Ana Margarita Maida.

Unidad de Terapia Familiar, Hospital Calvo
Mackenna, Universidad de Chile.

Introducción: Actualmente la obesidad es la patología crónica más prevalente y constituye un gran desafío en salud pública. Aún tras variadas modalidades terapéuticas, no se ha conseguido disminuir su prevalencia. Su tratamiento tiene alta tasa de fracaso (50%) y recidiva, transformándola en poco motivadora para la estructura de salud, equipo profesional y la propia familia del afectado. La tasa de abandono se asocia a la baja motivación del niño y/o padres, por lo que trabajar y mejorar la motivación previo al inicio del tratamiento podría ser crucial. Surge la necesidad de optimizar la atención y los recursos disponibles considerando modalidades de tratamiento que ofrezcan mejores resultados, como esquemas terapéuticos que involucren a la familia, empoderando a los padres como agentes del cambio. En este contexto se realizó una encuesta motivacional a padres de hijos obesos destinada a la estructuración de un taller psicoeducativo para ellos en base a sus reales inquietudes, necesidades y expectativas.

Objetivo: Conocer la motivación de padres en el tratamiento de hijo con obesidad.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, de encuesta escrita con preguntas abiertas, anónima, durante período Junio-Julio 2011, dirigida a padres de hijos obesos sin otra patología concomitante, en tratamiento nutricional en Hospital Calvo Mackenna.

Resultados: Descripción de datos obtenidos.

Conclusiones: La terapia nutricional tiene mejor pronóstico cuando se cuenta con el apoyo y estímulo familiar, que mediante re-

fuerzos positivos permita mejorar la autoestima, seguridad y autocontrol del niño. En este proceso la motivación de los padres puede ser una herramienta muy útil a potenciar.

Sala 1 PSIQUIATRIA

Salón Bahía 2

Jueves 13 de Octubre 2011

17:00 - 18:30 Horas

TLP - 5**PARTICULARIDADES DEL TRASTORNO DE DEFICIT ATENCIONAL EN EL ESTUDIO DE PREVALENCIA COMUNITARIA NACIONAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.**

Flora de la Barra, Benjamín Vicente, Sandra Saldívia, Mario Valdivia y Roberto Melipillán. Departamentos de Psiquiatría Universidad de Chile y Universidad de Concepción.

Introducción: se describen los análisis realizados para clarificar la prevalencia y correlatos del T. de Déficit Atencional.

Metodología: Se aplicó la entrevista DISC-IV en los hogares en una muestra representativa de 1558 niños y adolescentes de 4 a 18 años en Iquique, Santiago, Concepción y Cautín. Los factores de riesgo se analizaron en forma bivariada y multivariada.

Resultados: Los trastornos disruptivos son los más prevalentes (14,6% + discapacidad). Llama la atención la alta prevalencia del TDAH (10,3%), similar en ambos sexos. Se observó prevalencia mayor en mujeres que en hombres adolescentes (6,9% vs. 2,1%). Se observaron dos factores protectores para TDAH: edad adolescente y percepción de buen funcionamiento familiar.

El TDAH es 3 veces más prevalente en Santiago que en Iquique, Cautín y Concepción (12,6 vs. 4,7%, 4,3% y 4,9%) en todas las edades y ambos géneros. Todos los síntomas y criterios diagnósticos de TDAH fueron más altos en Santiago. La correlación entre la escala de Conners de síntomas nucleares y los diagnósticos DISC fue mayor en provincias que en Santiago. La comorbilidad más frecuente de los T. disruptivos fue con T. ansiosos (30,7%), afectivos (12,2%) y abuso de

sustancias (6,1%). Las comorbilidades TDAH con T. Oposicionista desafiante, T. Conducta, ansiosos y afectivos son más frecuentes en Santiago. Se encontraron más factores de riesgo y protectores en Santiago.

Conclusiones: Se logró acotar las prevalencias inesperadas a Santiago, y a mujeres adolescentes. Se observó que el TDAH en la capital presenta complejidades mayores en varios aspectos, que es necesario analizar.

Sala 1 PSQUIATRIA

Salón Bahía 2

Jueves 13 de Octubre 2011

17:00 – 18:30 Horas

TLP – 6

PERFIL CLÍNICO Y SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADIA PSQUIATRICA DEL HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

Berthet, Catalina; Sepúlveda, María José; Cuadra, Viviana; Valenzuela, Paz.

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estadía (UHCE), Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna (HLCM).

EL HLCM atiende pacientes psiquiátricos desde 2008. Inicialmente recibía pacientes infractores de ley, pero progresivamente atiende mayor población general, y desde fines de 2009, atiende exclusivamente pacientes pediátricos de psiquiatría general.

Objetivo: Describir y analizar las características clínicas de pacientes hospitalizados en Unidad de Corta Estadía Psiquiátrica, años 2008-2011.

Metodología: Se analizó registro de todas las hospitalizaciones (N=308), excluyendo infractores de ley (N=62), y reingresos (N=77). Muestra final de 169 pacientes. Estudio no experimental, exploratorio descriptivo, de corte longitudinal retrospectivo.

Resultados: principales: Edad media 12,7 años (mayor frecuencia 13-14 años), femenino 55%; masculino 45%, mayoría proviene de servicio de urgencia (40%) o policlínico

psiquiatría (28%), 81% pertenece al SSMO. Mayoría FONASA A. Diagnósticos ingreso más frecuentes: intento de suicidio (IAE, 41%), trastorno conductual severo (12%), dependencia/abuso de drogas (8%). 9 pacientes ingresaron para estudio diagnóstico. Correlación diagnóstico de ingreso con egreso 97%. Destino al alta: su casa (82%), hogar (8%). 23% de los pacientes requirió rehospitalización (1,97 eventos, max 9-min1). Días de hospitalización promedio 13,8 (máximo 228 días).

Conclusiones: La adolescencia es la etapa que más frecuentemente requiere hospitalización psiquiátrica, con ligera predominancia femenina.

IAE es el principal motivo de hospitalización en UHCE-HLCM. IAE y trastorno de conducta se asocian con mayor frecuencia con disfunción familiar.

Mayoría de pacientes hospitalizados pertenecen a Servicio de Salud Metropolitana Oriente. Hay pacientes en que duración de hospitalización se prolonga en forma importante debido a problemas sociales. En diciembre 2009 no fue posible recibir ingresos por estar el servicio en reparación debido a destrozos realizados por los pacientes.

Sala 1 PSQUIATRIA

Salón Bahía 2

Jueves 13 de Octubre 2011

17:00 – 18:30 Horas

TLP – 7

MENORES INFRACTORES DE LEY HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CORTA ESTADÍA ENTRE LOS AÑOS 2008 Y 2010, BAJO LEY 20.084

Berthet, Catalina; Sepúlveda, M. José; Cuadra, Viviana; Valenzuela, Paz

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estadía (UHCE), Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna (HLCM).

En 2007 se crea Ley de Responsabilidad Penal Juvenil (N°20.084), dirigida a adolescentes 14-17 años; obliga a tratamiento de rehabilitación por adicción alcohol-drogas, y ordena internación de adolescentes impu-

tados-condenados-sobreseídos con enfermedades mentales severas en servicios de psiquiatría. A fines 2007, comienza a funcionar UHCE, a través de convenio FONASA-SENAME-MINSAL-CONACE, que finaliza en diciembre 2009.

Objetivos: Describir características clínicas y socio-demográficas de menores infractores de ley hospitalizados en UHCE-HLCM bajo convenio.

Metodología: se analizaron datos de la totalidad de hospitalizaciones(N=261). Se eliminaron datos de población general(N=200), y rehospitalizaciones(N=21).

Estudio descriptivo, corte longitudinal retrospectivo.

Principales Resultados: 40 pacientes, edad media 16 años, mayoría masculino, FONASA A(87%), diagnóstico de ingreso: abuso/dependencia drogas 100%, comorbilidad variada, requiere rehospitalización 35%, Destino al alta: hogar(30%), centro(23%), fuga(40%). Seguimiento 52% de los pacientes. Días de estadía promedio 21,25 días.

Conclusiones: Conductas delictivas y consumo de alcohol-drogas son más frecuentes en pacientes masculinos. Todos tienen patología psiquiátrica asociada, posible de recibir tratamiento. Trastorno por Déficit Atencional y Trastorno de Conducta presentes en mayoría de niños que terminan en consumo problemático de alcohol-drogas. Porcentaje importante de pacientes no completa tratamiento por fuga, esto se relaciona con frecuente rehospitalización. Disfunción familiar aparece con poca frecuencia en estos jóvenes, probablemente debido a falla en el registro de datos. Solamente 1/3 es enviado a su casa después de hospitalización, esto contrasta con bajo registro de disfunción familiar. Mayoría de pacientes continúa controles en policlínico de psiquiatría HLCM; el seguimiento se realiza principalmente en nuestro Servicio.

Sala 1 PSIQUIATRIA

Salón Bahía 2

Jueves 13 de Octubre 2011

17:00 – 18:30 Horas

TLP – 8

PERFIL DE POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL CON PATOLOGÍA DE SALUD MENTAL EN LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNA DE PEÑALOLÉN

Autores: Ángela González, Josefina Huneeus, Alberto Larraín
Institución: COSAM de Peñalolén.

Introducción: Conocer las patologías de salud mental prevalentes en la población consultante de atención primaria (APS) es fundamental para una correcta planificación y asignación de recursos sanitarios.

Objetivo: Caracterizar la población infanto-juvenil (0 -18 años) con diagnóstico de salud mental en la comuna de Peñalolén durante el año 2010.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de población infanto-juvenil consultante por patología de salud mental durante el 2010 en red APS de Peñalolén (n=1470). Los datos fueron obtenidos de fichas electrónicas (sistema informático OMI) agrupados según CIE-10. Para su caracterización se utilizaron las variables sexo y edad por patología general y diagnóstico específico, para luego realizar análisis estadístico con el programa STATA.

Resultados: Del total de pacientes con diagnóstico psiquiátrico, la población infanto-juvenil es el 18%. Las patologías más prevalentes son trastorno de ansiedad (42,98%) y Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH), 28,61%. El sexo masculino muestra un leve predominio sobre el femenino: 53% y 47% respectivamente. En mujeres predomina el trastorno de ansiedad (47,39%) seguido por los trastornos del ánimo (15,5%). En hombres predomina el TDAH (41,52%) y el trastorno de ansiedad (39,07%). Según rango etario, en los menores de 11 años predomina el TDAH (45,44%) seguido del trastorno de ansiedad (39,8%), para la población entre 11-18 años predomina el trastorno de ansiedad (45,76%) y en segundo lugar los trastornos del ánimo (17,97%).

Conclusiones: Los resultados se correlacionan con estudios previos y son una base para mejorar las políticas de los programas de Salud mental, tanto a nivel local como regional.

Sala 1 PSQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 9

CALIDAD DE VIDA EN PSQUIATRAS INFANTO-JUVENILES, NEUROPEDIATRAS Y RESIDENTES DE PSQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: USO DE LA ENCUESTA WHOQOL-BREF

Irarrázaval M, Halpern M, Hunneus J.

Introducción: Se considera que las especialidades médicas relacionadas con la salud mental de niños y adolescentes poseen un alto riesgo de estrés que puede afectar la calidad de vida de aquellos que la practican.

Objetivo: Analizar la calidad de vida y los factores que contribuyen a la calidad de vida en Psiquiatras Infanto-Juveniles y Neuropediatras chilenos, además de residentes de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Clínica Psiquiátrica Universitaria.

Métodos: Se consideró como universo los Psiquiatras Infanto-Juveniles y Neuropediatras asociados a SOPNIA, además de los residentes de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Clínica Psiquiátrica. Se utilizó la Encuesta de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF), que fue enviada en forma electrónica a 156 profesionales. La tasa de respuesta fue del 50% del universo (n=78).

Resultados: El 92% de los profesionales tenían una calidad de vida normal o sobre lo normal. En las puntuaciones medias en cada dominio del WHOQOL-BREF de los profesionales: la capacidad física (CF) fue de $14,87 \pm 2,55$, el bienestar psicológico (BP) $15,44 \pm 2,08$, relaciones sociales (RS) $14,63 \pm 2,75$ y el medio ambiente (ME) $14,73 \pm 2,39$. Estas puntuaciones medias fueron inferiores a las de la población general

según la literatura. Por último, se realizaron regresiones múltiples por pasos para examinar las características de los diferentes profesionales. El estudio encontró que están correlacionados significativamente los dominios de bienestar psicológico y ambiental con la percepción subjetiva del estado de salud (favorable a mejor salud), el estado civil (favorable a casados), religión (favorable a judíos); y a su vez, el bienestar físico con el lugar de trabajo (favorable a menos lugares de trabajo). Es importante la consideración de la recreación y uso del tiempo libre, así como el lugar de trabajo en la calidad de vida de los profesionales de salud.

Sala 1 PSQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 10

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTTRAUMÁTICO EN NIÑOS DE ILOCA A 8 MESES DEL TERREMOTO/MAREMOTO: APLICACIÓN DE LA ESCALA CPSS

Dra. Ana Marina Briceño, Dra. Marcela Abufhele, Dr Alfonso Correa, Dra Michelle Barreau, Dra. Katerina Sommer, Ps. Anamaría Dávila, Ps. Sonia Castro, Ps. Carolina Ebel y Ps. Sandra Oltra.

Unidad Psiquiatría Infantil, Departamento de Pediatría, Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: Existen diversos datos epidemiológicos respecto a la incidencia de Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT) en niños expuestos a desastres naturales. La escala Child PTSD Symptom Scale (CPSS) fue validada en Chile (Bustos, 2009) y permite identificar niños y niñas que padecen TEPT.

Objetivos: Describir la prevalencia de TEPT en una población infantil expuesta al terremoto/maremoto de Febrero del 2010, evaluada 8 meses después del desastre.

Metodología: Aplicación de la escala CPSS a 88 niños de 3° a 6° básico correspondiente al 100% de los asistentes a dichos cursos el día de la aplicación. Se analizan los datos

según sexo, edad y curso.

Resultados: La muestra correspondió a 60% varones y 40% mujeres de entre 8 y 13 años de edad, de los cuales un 40% se ubicó sobre el punto de corte de la escala. Respecto al curso, llama la atención la prevalencia de TEPT en un 75% de los niños de 3° básico, que luego disminuye con la edad. También se vio una diferencia por sexo, dando positivos un 51% de las mujeres y un 34% de los hombres.

Discusión: Se comparan los hallazgos con las publicaciones nacionales e internacionales que miden TEPT en edades similares y se discuten las diferencias por edad y sexo.

Conclusiones: La incidencia de TEPT medida a través de la escala CPSS en esta población está dentro de las más altas reportadas en la bibliografía internacional.

Sala 1 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 11

IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS EXPUESTOS AL DESASTRE EN LA ESCUELA DE ILOCA: EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTIL DE CLÍNICA ALEMANA.

Marcela Abufhele, Ana Marina Briceño, Katerina Sommer, Anamaría Dávila, Alfonso Correa, Michelle Barreau, Sonia Castro, Carolina Ebel y Sandra Oltra.

Unidad Psiquiatría Infantil, Departamento de Pediatría, Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: Este trabajo forma parte de la intervención de salud mental en población expuesta al terremoto/maremoto en Iloca, realizada entre abril y diciembre de 2010. Su objetivo fue apoyar a la comunidad de Iloca, en el proceso de reorganización del funcionamiento escolar, posterior al desastre.

Objetivo: Describir la intervención realizada

y evaluar la percepción de los profesores de las estrategias implementadas.

Metodología: Estudio descriptivo de la planificación e implementación de intervenciones: (1) Descripción de los casos clínicos atendidos y (2) Psicoeducación a profesores en estrategias de contención y manejo de niños expuestos al evento traumático, con contenidos solicitados por los profesores. La evaluación se realiza a través de encuesta anónima diseñada para evaluar la percepción de las metodologías utilizadas (consultoría de casos, talleres psicoeducativos y jornada de autocuidado).

Resultados: Se evaluaron y trataron 33 niños de la escuela de Iloca y liceo de Licantén derivados por profesores y psicólogo. Los diagnósticos más frecuentes, realizados por psiquiatras infantiles, fueron Déficit Atencional (11/33) y Tr adaptativos (8/33); sólo 3 casos de Estrés Postraumático. Las intervenciones utilizadas incluyeron psicoeducación a padres (100%), coordinación con colegios/red de salud (100%), apoyo psicológico (70%) y farmacológico (45%). En el 45% de los casos evaluados, la sintomatología se había desencadenado o agravado con el terremoto/maremoto. En relación a la evaluación de profesores (N°= 11), 100% consideró la intervención como “muy buena”. Un 90% la consideró adecuada a las necesidades y que constituyó un aporte a su quehacer.

Discusión/conclusiones: Se discute la estrategia de enfocarse en la escuela/profesores y la importancia de compartir y validar las experiencias de intervención en caso de desastres. Se objetiva una valoración positiva de los profesores hacia la intervención realizada.

Sala 1 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 12

IMPLEMENTACION DEL POLICLINICO DE PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE:

EXPERIENCIA DE UN AÑO

Lilian Brand, Miguel Ramírez, Francisca Soto, Claudio Montenegro, Nina Ramírez.

Unidad de Salud Mental, Hospital Regional de Coyhaique. Psiquiatra Infantojuvenil Hospital Regional de Coyhaique, Médico EDF Dirección de Salud Rural Coyhaique, ³ Interna de Medicina Universidad Austral, Interna de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: La región de Aysén ha presentado un importante crecimiento en el área de salud mental en las últimas décadas. A partir del año 2009 se incorpora la especialidad de psiquiatría infantojuvenil al Hospital Regional de Coyhaique, principal centro de derivación de dicha región.

Objetivos del estudio: Realizar la caracterización de pacientes en control regular en policlínico de psiquiatría infantojuvenil durante el periodo abril 2009 a abril 2010.

Material y método: Revisión de fichas y cartolas de pacientes en control en policlínico de la especialidad durante el periodo abril 2009 a abril 2010. Resultados: De un total de 118 pacientes (n=118), cuyas edades fluctuaron entre los 2 y los 19 años, el 48,3% fueron de sexo masculino y el 51,7% de sexo femenino. La edad promedio de consulta fue 11,9 años. El 34,7% de los pacientes presentaron como principal diagnóstico un Trastorno del Ánimo, el 18,6% un Trastorno de Ansiedad. Un 16,9% de los pacientes fueron diagnosticados como Trastornos Hipercinéticos y de la Atención, un 7,6% como Trastornos del Espectro Autista y un 3,4% fueron diagnosticados como EQZ 1° brote. El 34,7% de los pacientes presentó comorbilidad, principalmente con Trastornos del Desarrollo de la Personalidad (19%). Los pacientes fueron derivados en su mayoría desde atención primaria (67% de los casos).

Conclusiones: La implementación del policlínico de psiquiatría infantojuvenil representa un significativo avance en el desarrollo de la salud mental de la Región de Aysén. La distribución por patologías es concordante con la literatura.

Sala 1 PSQUIATRIA

Salón Bahía 2

Jueves 13 de Octubre 2011

17:00 – 18:30 Horas

TLP – 13

TIPOLOGÍA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CORTA ESTADIA DE MENORES (UCEM), CONCEPCION.

Mario Valdivia, Félix Sanhueza, Eduardo Araya, Sergio Cabrera, Jasna Vergara, Fernando López, Carolina Burgos.

Facultad Medicina, Universidad de Concepción.

UCEM, Hospital Regional Concepción.

Introducción: Tras la reciente implementación de unidades de hospitalización psiquiátrica para niños y adolescentes en Chile, los equipos de psiquiatría han tenido que enfrentar problemáticas multidimensionales y multicausales que plantean desafíos complejos tanto para la aproximación diagnóstica como para las intervenciones terapéuticas.

Objetivos: Determinar una tipología multidimensional de los menores hospitalizados en la Unidad de Corta Estadía de Menores (UCEM), del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Concepción, desde su inauguración (Enero 2008) a la fecha.

Método: Se revisó el total de las fichas de los pacientes egresados en el periodo y se realizó un análisis de conglomerados en dos fases con el programa SPSS 19.

Resultados: Se determinó la existencia de una tipología de pacientes hospitalizados compuesta por dos conglomerados que denominaremos Tipo A y Tipo B. Los menores pertenecientes al Tipo B se caracterizaron por mayor proporción de antecedentes de infracción de ley, de maltrato y abandono parental e institucionalización. Los pacientes del tipo A presentaron menor porcentaje de abuso y dependencia de sustancias, mejores índices de escolarización y hospitalizaciones más breves y con menos desajustes conductuales severos. No se determinaron variables clínicas significativas en la tipología descrita.

Discusión: La delimitación de conglomerados de variables asociadas a la hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes nos acerca a la comprensión de cuadros clínicos que requieren de un abordaje multidimensional e intersectorial. Desde el punto de vista clínico, esta tipología nos permitirá optimizar intervenciones relacionadas con el ingreso y estadía de nuestros pacientes a la UCEM.

Sala 1 PSQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 14

INGRESOS DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL, HOSPITAL PROVINCIAL DEL HUASCO (2008-2010)

Gladys Franco Y; Hugo Garrido G; Andrés Cruz B; Isabel González S; Luz Franco Y.
Institución: Hospital Provincial del Huasco.
Unidad Salud Mental.

Introducción: La patología de salud mental Infanto juvenil, es un tema poco abordado en el ámbito hospitalario pese a ser una entidad que va en aumento y la relevancia que implica; además son escasos los registros que se disponen actualmente.

Objetivo: Describir población pediátrica que ingresa por causa de salud mental, entre los años 2008-2010 al Hospital Provincial del Huasco.

Metodología: Estudio descriptivo Prospectivo. Revisión de fichas clínicas de ingresos pediátricos por salud mental (hasta <15 años). Análisis estadístico.

Resultados: Total de 24 ingresos. Ingresos por año: 2008 (7); 2009 (11); 2010 (6). Sexo: 75% femenino; 25% masculino. Rango etáreo 8-14 (promedio 6,5). Causas ingreso frecuentes: Ingesta medicamentos/tóxicos: 50%. Complicaciones (2): Insuficiencia hepática (1); agitación psicomotriz (1). Antecedentes previos: abuso sexual (4); intento suicidio (3); mal rendimiento/deserción escolar (3); acoso escolar (2); depresión (1); bulimia (1). Antecedentes Familiares: Disfunción (5),

monoparental (3); Consumo OH (1); duelo (4). Seguimiento posterior: Cumple controles (14); abandona tratamiento (5); derivado (3), alta administrativa (2).

Conclusiones: Existe una alta predominancia del sexo femenino. Destaca la alta frecuencia (50%) de ingresos por intoxicaciones. Existe un alto porcentaje de pacientes con antecedentes y/o factores de riesgo previos (58%). Existe un alto índice de discontinuación del tratamiento (30%). Estos datos orientan a una necesidad de mejorar el seguimiento que realizamos a nuestros pacientes; además de trabajar con las familias.

Sala 1 PSQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 15

OFICINA DE PROTECCIÓN DE DERECHOS: INTERVENCIÓN A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN LA PROVINCIA DEL HUASCO

Gladys Franco; Hugo Garrido; Daniela Paredes, Carlos Sequeira
Institución: Oficina de Protección de Derechos Provincia del Huasco.

Introducción: La Oficina de Protección de Derechos otorga atenciones ambulatorias a niños, niñas y adolescentes que se encuentren en una situación de exclusión social o vulneración de derechos, realizando intervenciones psicosociolegales y actividades comunitarias de promoción de derechos. Los casos son recibidos por derivación de Tribunal de Familia, instituciones públicas y demanda espontánea.

Objetivo: Describir el flujo de atención que otorgó la OPD durante el año 2010 a los niños/as y adolescentes de la comuna de Vallenar considerando sexo, principales causas de ingreso y atención otorgada.

Metodología: Revisión bibliográfica de las estadísticas de ingreso a la oficina, diagnóstico provincial de infancia y material técnico de OPD.

Resultados: De los casos atendidos un 50,51% corresponde a niñas y un 49,49% a niños; por rango etáreo la mayor cantidad de ingresos anuales se concentró en el rango de 8 a 11 años con un 25,6%; en cuanto a causal de ingreso un 20,51% ingresa por ser testigo de violencia intrafamiliar, 15,38% por ser víctimas de negligencia, y un 12,82% por medidas de juez para resolver sobre vida futura

Conclusiones: De este análisis surgen una serie de necesidades en cuanto a la infancia y a la adolescencia donde se destaca contar con oferta programática infanto-juvenil en salud mental a la población entre 6 y 14 años, existencia de un centro que otorgue terapia familiar y que se tenga una oferta de Psiquiatra infantil de manera permanente.

Sala 1 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 16
SÍNDROME DE LUJAN-FRYNS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESQUIZOFRENIA

Luz María Martín, Francisca Rojas, Paula Ringeling, Víctor Faundes, Silvia Castillo.
Servicio de Genética, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: El síndrome de Lujan-Fryns forma parte de las patologías con retraso mental ligadas al cromosoma X, del cual se han reportado menos de 50 casos. Las principales características de este síndrome corresponden a talla alta con hábito marfanoide, dismorfias faciales y trastornos conductuales. Problemas psiquiátricos como inestabilidad emocional, hiperactividad, timidez, autismo y trastornos psicóticos con alucinaciones visuales y auditivas han sido asociados. Presentamos el caso de un paciente de 11 años que fue derivado al Servicio de Genética del Hospital Clínico Universidad de Chile por problemas conductuales, talla alta y hábito marfanoide.

Objetivos: Caracterizar un síndrome poco

común cuyas principales manifestaciones son neurológicas y psiquiátricas, debiendo plantearse como diagnóstico diferencial de la esquizofrenia.

Descripción del caso: Primer hijo de una pareja sana no consanguínea. Presenta antecedentes de déficit atencional de predominio impulsivo, con conductas no adecuadas y poca percepción de daño. Además de la talla alta (p95) y hábito marfanoide, presentó hipotonía e hiperlaxitud en la infancia. Tiene resonancia magnética de cerebro que muestra una hipófisis pequeña y un SPECT con aumento de perfusión frontal bilateral. Cariograma y FISH 22q11 resultaron normales.

Conclusión: El síndrome de Lujan-Fryns debe ser sospechado en individuos con problemas psicopatológicos importantes, asociados a otras características fenotípicas. Estos pacientes necesitan un cercano seguimiento neuropsiquiátrico, prestando atención al diagnóstico y tratamiento precoz de eventuales trastornos psicológicos. Debido a su modo de herencia se hace fundamental el consejo genético a los padres, explicando los riesgos de recurrencia y la disponibilidad del estudio molecular confirmatorio en el extranjero.

Sala 1 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 2
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 17
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL ASISTENTE A CENTRO PSIQUIÁTRICO

Dra. Nathalia Badilla, Dr. Rubén Alvarado, Dra. Marta Escobar. Departamento de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Sede Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Más de 50% de los trastornos mentales en los adultos se inician a edad temprana, pero existe escasa información epidemiológica sobre salud mental en menores de 18 años. La OMS determinó que alrededor de 20% de

niños y adolescentes sufren de psicopatología.

Objetivo: Descripción clínica y epidemiológica de la población atendida en el centro de Atención Psiquiátrica Infanto-Juvenil, del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, que es abierto a la comunidad.

Método: Estudio retrospectivo descriptivo de fichas clínicas de pacientes infanto-juveniles atendidos entre el año 2000 a 2010.

Resultados: El total fue 266 pacientes, 55% hombres, 44% mujeres. Edad promedio 9,8 años (DS 9,3–10,3). En 57% la consulta fue realizada por los padres, 23 % por derivación médica, 3% por consulta espontánea del paciente. De acuerdo a DSM IV-TR los diagnósticos más frecuentes fueron: Trastorno adaptativo (22,1%), Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (21,8%) y Trastorno oposicionista desafiante (18,8%). En el 41,7% se encontró una comorbilidad y en 10,5% dos, siendo lo más frecuente Trastornos de conducta. Un 32,3% presentó disfunción familiar. La evaluación de la actividad global (GAF) media fue de 65% (disfuncionalidad leve).

Conclusiones: Los datos obtenidos son similares a los descritos en estudios internacionales realizados en centros de atención especializados. El alto porcentaje de comorbilidad con Trastornos de conducta y Disfunción familiar da cuenta de la necesidad de contar con equipos especializados multidisciplinarios. La descripción epidemiológica realizada permitirá generar modelos de atención acordes con las características de la población atendida.

SALA 2 PSIQUIATRÍA

Salón Bahía 3

Jueves 13 de Octubre 2011

17:00 – 18:30 Horas

TLP – 18

RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN POBLACIÓN CONSULTANTE POR TRASTORNO ANSIOSO

EN DOS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL DE SANTIAGO.

Correa, M.; Figueroa, X.; Peralta, E.; Von Mühlenbrock, S.; Aldunate, C.; Toledo, G.; Schiattino, I.; Larraguibel, M.

Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile; Clínica Las Condes.

Introducción: Los trastornos ansiosos presentan una alta prevalencia en la población infantojuvenil y es conocida su relación con los trastornos del ánimo.

Objetivo: Evaluar la comorbilidad entre las subescalas del Autoreporte de Ansiedad en Niños y Adolescentes (AANA) y síntomas depresivos evaluados con el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) en población infantojuvenil consultante por trastorno ansioso.

Materiales y método: Se aplicó el AANA y CDI a niños y adolescentes entre 7 y 17 años consultantes en la Clínica Psiquiátrica Universitaria (CPU) y Clínica las Condes (CLC) en etapa previa al tratamiento. La muestra preliminar consistió en 24 pacientes de la CPU y 37 de CLC, sin diferencias en cuanto a edad (promedio 12,03 ± 2,72 años), pero sí en género (41,66% de sexo masculino en la CPU y 54,05% en CLC).

Resultados: El puntaje promedio para AANA y CDI fue de 39 y 18 puntos en la CPU y, 31 y 13 puntos en CLC. La comorbilidad heterotípica fue de 37,5% en CPU y 13,51% en CLC y la comorbilidad homotípica fue de 79,16 y 83,77%, respectivamente. Las asociaciones más frecuentes fueron Trastorno Ansiedad Generalizada y Fobia social (70,83%) en la CPU y, Ansiedad de Separación y Fobia Social (67,56%) en CLC.

Conclusiones: Existen diferencias en ambos grupos en cuanto a puntaje global y distribución de la comorbilidad, homotípica y heterotípica. En ambos hay una tendencia a presentar más de un trastorno ansioso. Dichas diferencias pueden derivar del contexto sociocultural, por lo que se hace necesario investigar en esta área.

SALA 2 PSIQUIATRIA

Salón Bahía 3

Jueves 13 de Octubre 2011

17:00 – 18:30 Horas

TLP – 19

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE HOSPITALIZACIÓN EN ADOLESCENTES DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA UNIVERSITARIA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Correa, M.; Gutiérrez, M.; Peralta, E.; Maturana, A.; Figueroa, X.; Vásquez, N.; Mayor, J.; Morales, P.

Introducción: En Chile, la mayoría de los servicios de hospitalización psiquiátrica se han reducido, aumentando los servicios ambulatorios; existiendo por lo tanto, pocos centros de hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes.

Objetivo: Realizar una descripción del proceso de corta estadía hospitalaria (Diagnóstico y Tratamiento), en un hospital general privado, con Servicio de Psiquiatría.

Materiales y método: Se revisaron fichas clínicas de menores de 18 años hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, en los últimos 5 años, con una muestra preliminar de 100 sujetos, cuyo promedio de edad fue 16.27 años, correspondiendo un 55% a sexo femenino.

Resultados: La mediana de los días de estadía fue de 25 días, y el principal motivo de hospitalización fue riesgo suicida (45%). Los diagnósticos de egreso más frecuentes en el género femenino fueron Episodio Depresivo Mayor (23,53%) y Trastorno de Conducta Alimentaria (17,65%), y en sexo masculino, Esquizofrenia (26,83%) y Abuso de Sustancias (17,07%). Las intervenciones realizadas fueron Farmacoterapia (100%), Terapia Ocupacional (68%), Psicoterapia (59%) y Terapia Familiar (22%). En el 79% de los pacientes se indicó alta médica y en 16% alta administrativa. Un 66% se va clínicamente mejorado y 9% clínicamente asintomático.

Conclusiones: Los resultados obtenidos

son concordantes a los reportados en la literatura respecto a motivo de hospitalización, diagnóstico y diferencia por género. Las lecciones aprendidas de la experiencia de estos años y sus implicaciones en la necesidad de generar espacios específicos y especializados, al igual que la generación de planes de tratamiento futuros acordes a la realidad chilena, son discutidas.

SALA 2 PSIQUIATRIA

Salón Bahía 3

Jueves 13 de Octubre 2011

17:00 – 18:30 Horas

TLP – 20

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS EN POBLACIÓN ESCOLAR ATACAMEÑA Y NO ATACAMEÑA DE LA COMUNA DE SAN PEDRO DE ATACAMA.

Peralta Elsa; Correa Carolina; Von Mühlbrock M. Soledad; Aldunate Consuelo; Toledo Gloria; Schiattino Irene; Larraguibel Marcela.

Unidad de Psiquiatría Infante Juvenil, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Introducción: La comuna de San Pedro de Atacama (SPA) se caracteriza por alta ruralidad y gran componente étnico Atacameño. Estudios sobre la pobreza muestran que las poblaciones indígenas son grupos particularmente vulnerables de riesgos de salud mental.

Objetivo: Conocer la prevalencia de síntomas ansiosos en los escolares de 2 a 8 básico de San Pedro de Atacama y sus diferencias respecto a variables étnicas, de edad y género.

Materiales y método: Se aplicó la escala de autoreporte de ansiedad para niños y adolescentes (AANA), previo consentimiento informado, en las localidades de SPA, Talabre y Río Grande.

Resultados: La muestra quedó constituía por 508 alumnos, de los cuales se analizaron 335 escalas, cuyos puntajes tienen una distribución normal cuya media es 27,79 pun-

tos, con una mediana de edad de 9 años. El 60,3% tiene puntajes que nos indican sospecha de Trastorno ansioso según normas internacionales, con asociación significativa de riesgo (RR 1,4) para el sexo femenino, pero no para factor étnico. Respecto a las subescalas se mantiene la asociación por género en todas ellas, además de asociación por etnia sólo en ansiedad de separación (AS) 76,8%, fobia social (FS) 76,8% y fobia escolar (FE) 58,01%.

Conclusión: Los escolares evaluados tienen mayores puntajes y una mediana de edad menor que los observados en un estudio previo de la comuna de Recoleta, existiendo asociación para variable étnica en las subescalas de AS; FS; FE. Dichas diferencias pueden derivar del contexto sociocultural que se hace necesario evaluar.

SALA 2 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 3
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 21

ESTUDIO DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CATATÓNICO EN ADOLESCENTES: A PROPOSITO DE UN CASO

Karen Ulloa, Jonathan Véliz, Matías Irrazábal, María José Villar, Alejandro Maturana.
Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Introducción: El síndrome catatónico en adolescentes es una condición rara que no ha sido lo suficientemente investigada, no existiendo guías para su evaluación ni tratamiento en este grupo etario.

Objetivos: Discutir los elementos psicopatológicos y el tratamiento de la catatonía en adolescentes a propósito de un caso clínico.

Métodos: Presentación y discusión del cuadro clínico y tratamiento de un adolescente de 15 años que ingresa con un cuadro de 3 meses de evolución de inhibición psicomotora, disminución de la actividad intenciona-

da y de la intención comunicativa, lenguaje monosilábico, disminución de la ingesta oral y marcado retraimiento social. El estudio de organicidad realizado ambulatoriamente resultó negativo. Al ingreso presenta un contacto afectivo pobre, no establece contacto visual, presenta una psicomotilidad globalmente disminuida con negativismo, ecopraxia, estereotipias motoras, flexibilidad cérea, obediencia automática; lenguaje indicativo con marcada latencia en las respuestas; pensamiento pobre; afectividad aplanada y sin compromiso de conciencia. Se inicia tratamiento con risperidona 5 mg., clonazepam 6 mg y litio 600 mg. sin respuesta clínica por lo que se decide el uso de terapia electroconvulsiva.

Resultados: Se realizan 15 sesiones de terapia electroconvulsiva presentando una buena respuesta con disminución de los fenómenos de la serie catatónica, mejoría del contacto afectivo, mayor organización en cuanto al pensamiento y lenguaje, alcanzando un nivel de funcionamiento cercano a su basal.

Conclusiones: Se debe considerar el diagnóstico de catatonía en adolescentes y los tratamientos reportados como específicos para esta, siendo la terapia electroconvulsiva, como lo demuestra este caso, un tratamiento seguro y efectivo.

SALA 2 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 3
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 22

CONCORDANCIA ENTRE TEST DE CONERNERS PARA PADRES Y PROFESORES EN NIÑOS CON TRASTORNO DE DEFICIT ATENCIONAL E HIPERACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Christianne Zulic; Macarena Astaburuaga; Paula Lepe; Carolina Padilla; Catalina Castaño.

Servicio de Psiquiatría Infantil Hospital Barros Luco-Trudeau./ Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: El TDAH es la patología más diagnosticada en Salud Mental Infantil. Los clínicos no pueden observar al paciente a lo largo de todo un día, por esto se debe recurrir a información mediante cuestionarios. En el caso de los niños con TDAH, se han observado diferencias en el reporte entre padres/tutores y profesores.

Objetivos: Observar la concordancia entre padres y profesores en el reporte del test de Conners de niños con Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad y evaluar los factores que pueden influir en ésta discordancia.

Métodos: A todos los padres de niños atendidos por becados de primer año de psiquiatría infantil del HBLT con diagnóstico clínico de TDAH se les entregó un test de Conners para profesores y uno para padres. Además se evaluarán comorbilidades, número de hermanos, sexo del respondiente y tipo de colegio.

Resultados: De un muestra de 19 pacientes un 21% fueron mujeres y un 78,9% hombres. El promedio de los test de Conners de los profesores fue de 17 puntos y de los padres 18. El coeficiente de correlación es de 0,3 en el total de la muestra. Por el momento las únicas variable significativamente asociadas al puntaje en el test de Conners son edad del niño y comorbilidad con Trastorno de Conducta.

Conclusión: Por el momento la muestra es muy pequeña para sacar conclusiones que sean significativas. A la fecha del congreso esperamos tener una muestra de mayor tamaño.

SALA 2 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 3
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 23

USO DE ENTREVISTAS COGNITIVAS EN ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO DE LA VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA

VIDA ADAPTADA PARA NIÑOS (SWLS-C)
Carola Álvarez Q., Ana M. Briceño A., Karla Álvarez K. Iris Delgado, Vicente Zúñiga, Mauricio Bravo.

Universidad del Desarrollo, Facultades de Gobierno, Psicología y Medicina.

Introducción: La satisfacción con la vida (SV) se define como el juicio global o evaluación cognitiva que las personas hacen de su propia vida. Diversos estudios muestran alto valor predictivo de SV para síntomas depresivos, ansiosos y conducta suicida. Con objeto de evaluar SV en adolescentes chilenos y comparar con datos internacionales, se diseña el estudio “Validación Transcultural de SWLS-CD. La entrevista cognitiva (EC), como técnica cualitativa innovadora, representa un valioso aporte al proceso de adaptación lingüística y cultural de instrumentos desde la visión del adolescente, más allá de la comprensión puramente cognitiva.

Objetivo: Conocer y describir el nivel de comprensión de los adolescentes respecto a los ítems de escala SWLS-C y los componentes y mecanismos que tributan a la construcción de sus respuestas.

Metodología: Estudio descriptivo cualitativo. Se realizaron EC a 23 adolescentes escolarizados entre 10 y 17 años, diferenciados por sexo, edad y nivel socioeconómico. Se protocolizó entrevista semiestructurada siguiendo protocolo de Gadermann(2009), adaptado por autoras.

Resultados: Se encontró adecuado nivel comprensivo de los ítems en todas las edades y NSE, alto grado de compromiso con la tarea, valoración de la oportunidad y temática. Se modifica redacción de dos ítems de la escala, considerando resultados. Destacan diferencias en la narrativa según etapa de desarrollo cognitivo, sexo (grupo de menor edad) y NSE (mayor edad). A mayor NSE y mayor edad, SV aparece como un constructo matizado entre experiencias positivas y negativas con la familia, colegio, amigos y sí mismo.

Discusión/conclusiones: Aporte relevante

de EC en la validación transcultural de instrumentos, especialmente en población adolescente, considerando que la construcción surge desde mundo adulto. Se reflexiona respecto a la inclusión del componente afectivo dentro del constructo SV.

SALA 2 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 3
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 24
REPRESENTACIONES MATERNAS Y VÍNCULO PRENATAL EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS ENTRE 16 Y 18 AÑOS DE EDAD DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN*

Carolina Lüttges Dittborn

Centro de Medicina Reproductiva y Atención Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: El embarazo adolescente es una problemática multidimensional y compleja. La maternidad adolescente es una condición de riesgo en la calidad del vínculo de apego madre e hijo. La cualidad de la formación del vínculo de apego prenatal y las representaciones que las embarazadas elaboran acerca del bebé en gestación y de sí misma como madre (representaciones maternas), son indicadores de la adaptación hacia el embarazo y la futura maternidad, y la vinculación con el niño luego del nacimiento.

Objetivos: Conocer y comprender las representaciones maternas de un grupo de adolescentes embarazadas y sus relaciones en la formación de un vínculo de apego prenatal.

Material y Método

Se realizó un estudio exploratorio-descriptivo en base a un muestreo de casos homogéneos.

La muestra estaba compuesta por 7 adolescentes primigestas (edad promedio= 17,4, edad gestacional promedio= 22 semanas). Se utilizó la entrevista en profundidad como técnica de producción de datos.

Resultados: Las representaciones maternas se caracterizan por ser escasas y limitadas en contenidos y extensión narrativa. Es recurrente la atribución de rol reparatorio al bebé en gestación de aspectos y/o necesidades emocionales no satisfechos. Se observa una baja diferenciación del sí mismo con el bebé en gestación y dificultad para visualizar las necesidades del bebé como ser individual y distintos de la madre.

Conclusiones: Resultan relevantes las implicancias clínicas de rol bebé imaginario y la baja preparación psicológica para ejercer la maternidad en el grupo estudiado.

SALA 2 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 3
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 26
NIÑOS CON DEFICIT ATENCIONAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ANTECEDENTES PERINATALES Y SU PERFIL PSICOPEDAGÓGICO.

Bécar, Jacqueline; Guajardo, Karen Psicopedagoga Psicóloga Servicio de Neuropsiquiatría/ Hospital San Borja Arriarán
Estudio Descriptivo-Retrospectivo de un grupo de 30 pacientes entre 7 y 12 años de la población atendida entre el 2010 y 2011 en el Policlínico de Psicopedagogía del Servicio de Neuropsiquiatría del HCSBA.

Objetivo: Describir el perfil psicopedagógico del grupo de niños con SDA. Evidenciar presencia de patología neurológica en el primer año de vida.

Metodología: Pacientes derivados por neurólogo infantil se aplica Batería Psicopedagógica Evalúa para conocer habilidades cognitivas e instrumentales del aprendizaje. Se revisa la ficha clínica para recoger antecedentes del desarrollo perinatal.

Resultados: 29/30 presentaron un TEA MIXTO comórbido a su SDA, siendo significativa su dificultad en la lectoescritura, comprensión lectora, cálculo matemático y ortografía. Asimismo destaca que 13 del grupo fueron

derivados a evaluación psicométrica ya que presentaron bajo nivel en las categorías de seriación-clasificación en el grupo de 5 - 7 años o déficit en el pensamiento analógico y reflexividad en los niños entre 8 y 12 años. Aparece en 18 niños del grupo algún dato clínico significativo en el desarrollo perinatal, los más frecuentes son asfixia neonatal (5/30), prematuridad (5/30).

Conclusión: Los niños evaluados con SDA presentan dificultades cognitivas e instrumentales del aprendizaje, en muchos se sospecha nivel intelectual menor al promedio, al parecer predomina este factor como etiología a la base de sus déficits. Se detectan antecedentes del primer año de vida que resultan fundamentales de investigar a futuro y determinar si existe correlación entre estos factores.

SALA 2 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 3
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 27
EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA NIÑOS CON SOSPECHA DE TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL E HIPERACTIVIDAD EN LA COMUNA DE PEÑALOLÉN

Autores: Josefina Huneeus, Ángela González, Alberto Larraín, Viviana García
Institución: COSAM de Peñalolén.

Introducción: Las dificultades en atención, conducta impulsiva e hiperactividad son problemas frecuentes en escolares y son características cardinales del Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH). Este trastorno es un problema de salud pública, su impacto sobre el niño y entorno es significativo y con consecuencias a largo plazo.

Objetivo: Establecer un programa de diagnóstico y tratamiento integral de TDAH en escolares de la comuna de Peñalolén.

Metodología: Se evaluaron 158 niños entre 6 y 10 años derivados por duplas psicólogo-asistente social de 16 colegios de Peñalolén

con sospecha de TDAH, se asignaron a grupos de observación por edad, una terapeuta ocupacional trabajó con ellos mientras fueron observados por un psiquiatra a través del espejo. Se realizaron cuatro sesiones por grupo, de 2hr c/u. En cada sesión se aplicó escala de Conners, si su puntuación resultaba sugerente de TDAH se iniciaba una prueba terapéutica con psicoestimulantes, si la respuesta resultaba positiva se planteaba el diagnóstico de TDAH.

Resultados: De 158 pacientes derivados, 72% acudió a evaluación al COSAM y 28% no se presentó. De los que asistieron en 35,9% se confirmó el diagnóstico de TDAH mientras que en 8,7% se descartó. En el 15,7% se diagnosticaron otras patologías psiquiátricas, mientras que en 10,5% se encontró comorbilidad de TDAH con otra patología psiquiátrica. Por último, del total de pacientes que iniciaron la evaluación 12,3% abandonaron el proceso sin concluir las sesiones.

Conclusión: Para el diagnóstico e intervención oportuna del TDAH es fundamental una evaluación multidisciplinaria a nivel educacional y área salud.

SALA 2 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 3
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 28
APGAR FAMILIAR: PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON CEFALEA.

Paulina Trujillo, Myriam Lizana, Pilar Correa, Juan Carlos Tapia, Marcela Legue, Maritza Carvajal.
Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés.

Introducción: Diversas investigaciones evidencian que la percepción de apoyo familiar influye en: resistencia a enfermedades, predisposición a contraerlas y afrontamiento. El APGAR familiar (AF) es un instrumento validado en Chile, que refleja la satisfacción y armonía familiar, evaluando adaptación, par-

ticipación, crecimiento, afectividad y resolución. Ha sido aplicada en otras patologías.

Objetivos: Conocer la percepción de funcionalidad familiar en pacientes pediátricos con cefalea en primera consulta, e indagar si existe relación entre esa percepción y tipo de cefalea, edad y sexo.

Metodología: Prospectivamente durante junio del 2010 a junio del 2011, se aplicó la escala a 84 pacientes, excluyéndose menores de 6 años. Se analizó estadísticamente mediante regresión logística.

Resultados: Muestra formada por 44 mujeres/40 Hombres, entre 6 y 15 años. El 46% no presenta antecedentes mórbidos personales, 73% presenta antecedentes familiares de migraña, 35 % no reporta gatillantes, 27% identifica el estrés escolar como detonador. Entre los diagnósticos, 72% presenta migraña y 9% cefalea tensional.

Respecto a la percepción de funcionalidad familiar, 77% la percibe alta, 19% moderada y 3% disfuncional.

Se encontró una relación positiva, estadísticamente significativa entre edad y percepción de disfuncionalidad ($p = 0,015$ IC 1,06-1,73). No existe relación significativa entre la percepción de funcionalidad familiar y el diagnóstico de cefalea, ni tampoco con respecto al sexo.

Conclusiones: A diferencia de lo esperado predomina la percepción de funcionalidad alta. Aumenta la edad, aumenta la percepción de disfuncionalidad familiar. El AF, es útil para percibir rápidamente indicadores de funcionamiento familiar utilizándose por primera vez en cefalea en nuestro medio.

SALA 2 PSIQUIATRIA

Salón Bahía 3

Jueves 13 de Octubre 2011

17:00 – 18:30 Horas

TLP – 29

ESTUDIO DE COMORBILIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD.

UNIDAD SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL Y HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, VALPARAÍSO

Y.Luksic, B. Ortega, E. Sepúlveda, F. Heller, F. Novoa, L. Dueñas Universidad de Valparaíso.

Introducción: El Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) "puro" es infrecuente, estimándose comorbilidad de un 70%. Esto es importante para el tratamiento farmacológico, intervención psicológica y psicosocial.

Objetivos: Evaluar la presencia de comorbilidad en pacientes adolescentes con diagnóstico de TDAH.

Paciente y método: Estudio descriptivo-analítico. Se utilizó la encuesta M.I.N.I. K.I.D (mini internacional neuropsychiatric interview), validada en español, basada en los criterios diagnósticos del DSM IV y CIE 10, que detecta los principales trastornos psiquiátricos del eje I; se aplicó a pacientes con diagnóstico de TDAH en tratamiento en las unidades de neurología y psiquiatría infantil de Valparaíso y a un grupo control.

Resultados: Muestra compuesta por 32 pacientes, 16 casos con TDAH y 16 controles. 81,2% ($n=13$) varones, edad promedio 14,9 años. La presencia de patología psiquiátrica, en los casos fue mayor que en los controles, con un 75% en los casos versus un 37,5% en los controles ($p=0.03$). Los trastornos para los casos se distribuyeron: T. conducta 50% ($n=8$), t. del ánimo 25% ($n=4$), abuso de sustancias 25% ($n=4$) y un 18% con t. del desarrollo ($n=3$).

Discusión: La prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en TDAH, encontradas en este estudio coincide con las reportadas en la literatura. Dado que la muestra está compuesta por adolescentes, es esperable la aparición de trastornos como abuso de sustancia y trastornos de conducta asociados.

Conclusiones: Es necesario buscar activamente las comorbilidades en el paciente

con TDAH, dada su alta prevalencia, para poder ofrecer un el tratamiento adecuado para cada paciente.

SALA 2 PSIQUIATRIA

Salón Bahía 3

Jueves 13 de Octubre 2011

17:00 – 18:30 Horas

TLP – 30

APEGO EN DIADAS CON HIJOS PORTADORES DE DISCAPACIDAD FÍSICA

Ma. Ángeles Poblete, Paulina Salinas, Pamela Mayer, Carmen García, Mirla Arcos, Alejandra Díaz

Instituto Nacional De Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (Inrpac) Santiago, Chile.

Introducción: INRPAC es referente nacional en modelo de rehabilitación para personas en situación de discapacidad física. Desde la primera infancia se evalúa el estilo de apego para intervenir en casos de apego inseguro con el fin de favorecer la calidad de vida de las familias, lo que impacta en la rehabilitación inclusiva.

Objetivos: Evaluar tipos de apegos en diadas con hijos portadores de discapacidad física.

Métodos: Aplicación de Escala de Evaluación Massie Campbell (ADS) a pacientes entre 0 y 24 meses de edad con discapacidad física, durante año 2010 en INRPAC.

Resultados: 105 diadas evaluadas. 53 diadas se observaron con Apego Seguro, que no requirió intervención. 52 Apegos Inseguros de los cuales 32 corresponden a estilo Evitante y 20 a estilo Ambivalente. 4 pacientes no evaluables por situación de institucionalización. Dado que la escala ADS requiere observación de respuestas motoras y visuales, en 59 diadas solamente se pudo evaluar la conducta de la madre por la presencia de severo compromiso neurosensorial y motor de los bebés.

Conclusiones: Se plantea la necesidad de poder objetivar por medio de una adecuación a la escala ADS, nuevas categorías de

observación para abordar de manera integral la evaluación de apego en nuestros pacientes, integrando otras respuestas que permitan valorar las señales comunicativas específicas propias de la condición neuromotora de estos bebés. En la mayoría de los apegos evitantes, las conductas maternas de sostener y tocar -categorías de la ADS- se ven fuertemente influenciadas por la sensación de temor que ellas refieren frente al hijo con discapacidad física.

SALA 2 PSIQUIATRIA

Salón Bahía 3

Jueves 13 de Octubre 2011

17:00 – 18:30 Horas

TLP – 31

CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN CHILENA ADOLESCENTE DE 15 A 19 AÑOS. RESULTADOS DE LA SEGUNDA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD.

Bárbara Medina, Sebastián Bustos, Nicolás Saavedra, Carolina Aguilar

Servicio Psiquiatría Infantojuvenil CDT Hospital Barros Luco Trudeau- Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: El alcohol es responsable del 4% de la carga de enfermedad a nivel mundial y es la cuarta causa de pérdida de AVISA en Chile para ambos sexos. El periodo de mayor riesgo para iniciar el consumo de alcohol es en el periodo de la adolescencia.

Objetivos: Estimar la prevalencia de consumo de alcohol en una muestra representativa de la población de adolescentes de 15 a 19 años, prevalencia de consumo (anual, mensual), además de consumo exagerado, consumo riesgoso y problemático. Además caracterizar su distribución por variables sociodemográficas.

Metodología: De la ENS 2009-2010: estudio de corte transversal de representatividad nacional, realizado por el Ministerio de Salud. Población Objetivo: mayores de 15 años. Se incluyeron 43 problemas de salud. Se empleó el módulo de consumo de alcohol que incluía 25 preguntas contenidas en 3 instrumentos (STEPS, EBBA, el Test AUDIT).

Del estudio: Se analizó una submuestra de 407 individuos, que representan a una población de 1.466.448. Resultados: se observó una prevalencia los últimos 12 meses de 70,8% en hombres y 49,3% en mujeres. Para el consumo último mes la prevalencia es de 56,5% en hombre y 31,1% en mujeres. La prevalencia de consumo riesgoso (AUDIT) para hombres es 22,5% y para mujeres de 5%.

Conclusiones: Se encontraron elevadas prevalencias de consumo de alcohol anual, mensual y semanal, siendo mayor en hombres que mujeres siendo estas diferencias significativas. 1/3 de los adolescentes varones que bebieron alcohol alguna vez en los últimos años lo hicieron en forma riesgosa, siendo solo el 10% las mujeres.

SALA 2 PSIQUIATRIA
Salón Bahía 3
Jueves 13 de Octubre 2011
17:00 – 18:30 Horas

TLP – 32

SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS. RESULTADOS DE LA SEGUNDA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2009-2010.

Bárbara Medina, Carolina Aguilar, Nicolás Saavedra, Sebastián Bustos.

Servicio de Psiquiatría Infantil, CDT Complejo Asistencial Barros Luco. Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: La depresión es un importante problema de salud pública. A nivel mundial representa la quinta causa específica de carga de enfermedad y la segunda en Chile. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) es un

estudio de prevalencia poblacional. Este estudio se trata de un análisis en profundidad del módulo de síntomas depresivos (SD) en una submuestra de la ENS 2009-2010, compuesta por adolescentes de 15 a 19 años. El objetivo es estimar la prevalencia de SD en este grupo y caracterizarla. Además, explorar su asociación con determinantes psicosociales de la salud.

Metodología: De la ENS: estudio de corte transversal de representatividad nacional, realizado por el Ministerio de Salud. Diseño muestral fue aleatorio, estratificado y multietápico.

Población Objetivo: mayores de 15 años. Se incluyeron 43 problemas de salud. Medición de SD: Cuestionario CIDI-SF con punto de corte de 5 puntos. Del estudio: Se analizó una submuestra de 407 individuos, que representan a una población de 1.466.448. Se estimaron prevalencias puntuales con IC 95%. Se realizó análisis bivariado (chi², t student) y multivariado (regresión logística).

Resultados: Se estimó una prevalencia de SD de 11,7% (IC 95% 6,6-16,8%), siendo de 22,2% en mujeres y 3,5% en hombres (p<0,001). Se observó asociación con baja satisfacción vital, escasas redes de apoyo y elevado estrés familiar. No hubo diferencias significativas según ruralidad, región, escolaridad, ingreso familiar.

Conclusiones: Los resultados muestran elevada prevalencia de SD en adolescentes, con significativas diferencias de género. Se aporta información relevante para la planificación y evaluación de políticas de salud mental.

Indice de Autores Neurología y Psiquiatría

| AUTOR | Nº TRABAJO LIBRE |
|-----------------------------|--|
| Abufhele Marcela | TLP-11 |
| Acevedo Carla | TLN-30 |
| Acevedo Keryma | TLN-49-48 TLN-28 |
| Adlerstein León | TLN-56 TLN-66 |
| Aguilar Carolina | TLP-32 TLP-31 |
| Aldunate Consuelo | TLP-20-18 |
| Alfaro Patricia | TLN-64 TLN-40 TLN-27 |
| Allende María Angélica | TLN-10 TLN-19-14-13 TLN-86 |
| Alvarado Rubén | TLP-17 |
| Álvarez Carla | TLP-23 |
| Álvarez Carolina | TLN-60 TLP-23 |
| Andrade Lucila | TLN-49 |
| Angeli Milagros | TLN-87 |
| Aránguiz Juan Luis | TLN-49 TLN-48 TLN-6-5 |
| Aravena Teresa | TLN-86 TLN-14 TLN-10 TLN-13 |
| Arcos Mirna | TLP-30 |
| Arias Carolina | TLN-34-33 |
| Astaburuaga Macarena | TLP-22 |
| Avaria María de los Angeles | TLN-73-68-66-56-42-35-17 |
| Avendaño Marisol | TLN-53 |
| Badilla Nathalia | TLP-17 |
| Baltra Estebeni | TLN-37-32-31 TLN-61 TLN-11 |
| Barba Fabiola | TLN-72 |
| Barrios Andrés | TLN-76-63-52-50 TLN-81 TLN-70-69-52 TLN-46 |
| Berthel Catalina | TLP-7-6 |
| Blu María Antonieta | TLN-1 |
| Brand Lilian | TLP-12 |
| Bravo María José | TLN-87 |
| Bravo María Pamela | TLN-38 |
| Bravo Mauricio | TLP-23 |
| Briceño Ana | TLP-23 |
| Briceño Ana María | TLP-10 |
| Bustos Alberto | TLN-49-48 |
| Bustos Claudia | TLN-32 |
| Bustos Sebastián | TLP-32 TLP-31 |
| Cabello Juan Francisco | TLN-65 TLN-37-34-33 |

| | |
|-----------------------|---|
| Camelio Salvador | TLN-71 |
| Cardoso Ingrid | TLN-28 TLN-25 |
| Carrasco Ximena | TLN-82 |
| Carrera Jorge | TLN-46 |
| Carvajal Maritza | TLN-53-47-24 TLP-28 |
| Castaño Catalina | TLP-22 |
| Castillo Andrés | TLN-60 |
| Castillo Martín | TLN-78 |
| Castillo Silvia | TLP-16 |
| Castro Carolina | TLN-6 |
| Castro Daniela | TLN-31 |
| Castro Felipe | TLN-84 TLN-68-66-55 TLN-42 TLN-35 TLN-56 TLN-16 |
| Castro G. | TLN-33 |
| Chicharro Ada | TLN-59 |
| Cogram Patricia | TLN-70 |
| Colombo M. | TLN-34 |
| Conejero Jennifer | TLN-18 |
| Coria Carolina | TLN-46 |
| Cornejo V. | TLN-33 |
| Correa María Carolina | TLP-19-18 TLP-20 |
| Correa Pilar | TLP-28 |
| Cortez Rocío | TLN-57-42 TLN-66 TLN-18 |
| Cowan Justin | TLN-70 |
| Cruzat Claudia | TLP-25 |
| Cuadra Lilian | TLN-49-48 TLN-84 TLN-16 TLN-88 |
| Curotto Bianca | TLN-19-13-10 TLN-86 |
| De la Barra Flora | TLP-5 |
| De la Parra A. | TLN-34 |
| Delgado Iris | TLP-23 |
| Devaut C. | TLN-15 |
| Devilat Marcelo | TLN-83-64 TLN-40 TLN-27-12-7-1 |
| Díaz Alejandra | TLP-30 |
| Díaz Carolina | TLN-71 TLN-46 |
| Díaz Rodrigo | TLN-80-71 |
| Dragnic Yuri | TLN-72 TLN-89 |
| Dueñas L. | TLP-29 |
| Durán G. | TLN-26 |
| Ellwanger Andrés | TLN-11 |
| Erazo Ricardo | TLN-90 |
| Escobar Andrea | TLN-11 |
| Escobar Marta | TLP-17 |
| Escobar Raúl | TLN-26-25-23-22-21-20 TLN-87-79 TLN-28 |
| Escribano Gloria | TLN-47 |
| Espinoza Mauricio | TLN-53 |
| Fariña Guillermo | TLN-70-51 TLN-85 |
| Faundes Víctor | TLP-16 |
| Fernández E. | TLN-33 |
| Figueroa Tatiana | TLN-63 |

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| Figuroa X. | TLP-19-18 |
| Flandes Ana | TLN-81 |
| Förster Jorge | TLN-49-48 TLN-88 |
| Franco Daniela | TLN-35 |
| Franco Gladys | TLP-15-14 |
| Frías Marcela | TLN-77 |
| Fuentes Delfina | TLN-30 |
| Gaete Raquel | TLN-47 |
| Gálvez Alejandra | TLN-40-27 TLN-64 |
| García Andrea | TLP-25 |
| García Carmen | TLP-30 |
| García M. | TLN-34 |
| García Viviana | TLP-27 |
| Garrido Hugo | TLP-15 |
| Gayoso Consuelo | TLN-83-82 |
| Gómez Verónica | TLN-27-12-7-1 TLN-83 TLN-40 |
| González Ángela | TLP-27 TLP-8 |
| González Juan | TLN-53 |
| González Loreto | TLN-30 |
| Grez Juan Eduardo | TLN-55 TLN-84 |
| Guajardo Karen | TLN-78-77-70 TLP-26 TLP-26 |
| Guerra Patricio | TLN-81 TLN-46 TLN-71 |
| Gurab Eliana | TLN-73 |
| Gutiérrez Jocelyn | TLN-75 |
| Gutiérrez M. | TLP-19 |
| Guzmán Guillermo | TLN-80 |
| Haemmerli Constance | TLP-25 |
| Hammond Peter | TLN-70 |
| Heller F. | TLP-29 |
| Henríquez Karla | TLN-50 |
| Henríquez Soraya | TLN-77 |
| Hernández Alejandra | TLN-74 TLN-44 |
| Hernández Marta | TLN-60 TLN-26 |
| Hernández Marta | TLN-28-26-25-23-22-21-20-15 |
| Hidalgo María José | TLN-46 |
| Huete Isidro | TLN-26-23-15 |
| Huneus Josefina | TLP-27 |
| Inochea Ninoska | TLN-37-36 |
| Irrázaval Matías | TLP-21 PLATAFORMA TLP-9 |
| Jaque Carlos | PLATAFORMA TLN-71 |
| Jeldres Eliana | TLN-49-48 |
| Jofré Javiera | TLN-47 |
| Jurado Felipe | TLN-63 |
| Kleinsteuber Karin | TLN-35 |
| Kraskowiak María José | PLATAFORMA TLN-45 |
| Landaeta Macarena | TLN-35 |
| Larraguibel Marcela | TLP-20-18 |
| Larraín Alberto | TLP-27 |

| | |
|-------------------------|----------------------------------|
| Legue Marcela | TLP-28 TLN-7 |
| León Doris | TLN-41 |
| Lepe Paula | TLP-22 |
| Lipchak María Raquel | TLN-66 |
| Lizana Myriam | TLP-28 |
| Llona Vicente | TLP-25 |
| López Claudia | TLN-78-77-70 TLN-75 |
| López Francisca | TLN-75-74-71-44-50 TLN-44-39 |
| López Isabel | TLN-65 |
| López Mauricio | TLN-15 |
| Lucero Nayadet | TLN-87 |
| Lucila Andrade | TLN-48 |
| Luksic Yerka | TLN-32-31-11 TLN-61 TLP-29 TLN-8 |
| Luttges Carolina | TLP-24 |
| Luxardo Carolina | TLN-77 |
| Mabe Paulina | TLN-47 TLN-24 |
| Magarit Cinthya | TLN-89-57 TLN-72-29 |
| Manríquez Marcos | TLN-29 |
| Marín Stephanie | TLN-61 TLN-11-8 TLN-32-31 |
| Martín Luz María | TLP-16 |
| Mateluna César | PLATAFOMA TLN-81 |
| Maturana Alejandro | TLP-21 TLP-19 |
| Mayer Pamela | TLP-30 |
| Mayor Javiera | TLP-19 |
| Méndez Alejandra | TLN-39 |
| Menéndez Pedro | TLN-9 |
| Mery Luz María | TLN-4 |
| Mesa Bozzolo José Tomás | TLN-77-76 |
| Mesa José Tomás | TLN-78-59-PLATAFORMA 30 |
| Meza Tomas | TLN-28-26-23-22-21-20 TLN-9 |
| Millán Francisca | TLN-51 TLN-63 |
| Montalba Cristian | TLN-90 |
| Moraga Mauricio | TLN-63 |
| Morales P. | TLP-19 |
| Moya Juan | TLN-12 |
| Moya Pedro | TLN-9 |
| Mühlenbrock Soledad | TLP-20-18 |
| Muñoz Daniela | TLN-74 |
| Muñoz Marcelo | TLN-59 |
| Nilo Karen | TLN-46 |
| Novoa Fernando | TLN-37-36-34-8 TLN-61 |
| Novoa Francisco | TLP-29 |
| Núñez Alicia | TLN.28 |
| Okuma Cecilia | TLN-16 |
| Olivares Víctor | TLN-40 TLN-64 TLN-27 |
| Oñat Arantza | TLN-80 |
| Ortega V. | TLP-29 |
| Padilla Carolina | TLP-22 |

| | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| Parada Mario | TLN-31 |
| Paredes Daniela | TLP-15 |
| Parra Moisés | TLN-4 |
| Parra Patricia | TLN-76-74-69 TLN-52 TLN-46 |
| Passalacqua Cristóbal | TLN-13 |
| Pavlov Jovanka | TLN-72 TLN-49-48-29 TLN-17 |
| Peralta Elsa | TLP-20 TLP-19-18 |
| Peredo P. | TLN-33 |
| Pérez Carmen Paz | TLN-68 |
| Pérez Cristian | TLP-25 |
| Pizarro Lorena | TLN-65 TLN-19 |
| Poblete Ángeles | TLP-30 |
| Prado Bernardita | TLP-4-3-2-1 |
| Puguin Ángela | TLN-19-14-13-10 |
| Quiñones Tamara | TLN-4 |
| Raimann E. | TLN-33 |
| Repetto Gabriela | TLN-90 |
| Retamales Álvaro | TLN-51 |
| Reyes Fenella | TLN-47 |
| Reyna Carlos | TLN-82 |
| Riffo Claudia | TLN-9 |
| Ringeling Paula | TLP-16 |
| Rio Bernardita | TLN-87 |
| Ríos Loreto | TLN-59 |
| Riutort María Cecilia | TLN-28 |
| Rogue Jorge | TLN-60 |
| Rojas Carla | TLN-75-74-44-50 TLN-8 TLN-44 |
| Rojas Catalina | TLN-36 |
| Rojas Catalina | TLN-32-31-11 TLN-61 |
| Rojas Francisca | TLP-16 |
| Rojas M. | TLN-34 |
| Rojas Valeria | TLN-32 TLN-31 |
| Rubilar Carla | TLN-41 |
| Saavedra Nicolás | TLP-32-31 |
| Sáez Claudia | TLN-51 |
| Sáez Verónica | TLN-44 |
| Salas C. | TLN-34 |
| Salas Isabel | TLN-10 |
| Saldes Isabel | TLN-11 TLN-34 |
| Salinas Luis Valentín | TLN-79 |
| Salinas Paulina | TLP-30 |
| Samsó Catalina | TLN-23-22-21-20 TLN-28 |
| Santa María Lorena | TLN-86 TLN-13-10 TLN-19 |
| Santander Paola | TLN-81-76-71-70-63-51-50-46-41-39 |
| Santin Julia | TLN-9 |
| Santos M. | TLN-26 |
| Schiattino Irene | TLP-20-18 |
| Schlatter Andrea | TLN-57-18 |

| | |
|--------------------|---|
| Schonsted Marianne | TLN-87 |
| Sepúlveda E. | TLP-29 |
| Sequeira Carlos | TLP-15 |
| Sevilla Fabiana | TLN-87 |
| Siebert Alejandra | TLN-76 TLN.51-39-38 |
| Silva Cristian | TLN-65 |
| Silva Fernando | TLN-30 |
| Silva Guillermo | TLN-30 |
| Silva Sebastián | TLN-80 |
| Solari Francesca | TLN-65 |
| Soto Paula | TLN-10 TLN-14 |
| Suleta Arturo | TLN-16 |
| Tapia Eva | TLN-3-2 TLN-4 |
| Tapia Juan Carlos | TLP-28 |
| Tapia N. | TLN-4 |
| Tirado Karina | TLN-82 |
| Toledo Gloria | TLP-20-18 TLN-31 |
| Torres Ana María | PLATAFORMA TLN-24 |
| Torres Maite | TLP-25 |
| Troncoso Ledia | TLN-81-75-74-71-70-63-51-50-45-41 |
| Troncoso Mónica | TLN-85-81-80-75-74-71-69-63-44-52-51-50-46-45-44-41-39-38 |
| Trujillo Paulina | TLP-28 |
| Ulloa Karen | TLP-21 |
| Urquiola Javiera | TLN-80 |
| Urquiola Natalia | TLN-80 |
| Valdivia Mario | TLP-13 |
| Valenzuela Pablo | TLN-89 |
| Valero Miguel | TLN-37 |
| Valiente A. | TLN-33 |
| Valtra C. | TLN-8 |
| Varela Ximena | TLN-66 TLN-56 TLN-42 |
| Vargas Angélica | TLN-71 |
| Vargas Carmen Paz | TLN-73 |
| Vásquez Marcos | TLN-90 |
| Vásquez N. | TLP-19 |
| Véliz Jonathan | TLP-21 |
| Venegas Viviana | TLN-72 TLN-49-48 TLN-29 TLN-60 |
| Verdugo Ximena | TLN-60 |
| Vetta K. | TLN-33 |
| Vidal Consuelo | TLP-25 |
| Vieria Silvia | TLN-38 |
| Vilches Loreto | TLN-18 |
| Villagra Mariela | TLN-55-54 |
| Villar María José | TLP-21 |
| Villaseca Cecilia | TLN-68 |
| Witting Scarlet | TLN-75-74-71-69-44-52-50-45-44 |
| Yáñez Carol | TLN-32 TLN-37 |

| | |
|-----------------|-----------|
| Yáñez Carolina | TLN-70-69 |
| Zamora Claudia | TLN-29 |
| Zamora José | TLN-71 |
| Zuleta Arturo | TLN-84 |
| Zulic Cristiane | TLP-22 |
| Zúñiga Vicente | TLP-23 |

Información General Revista SOPNIA

Origen y Gestión

La Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, es el órgano oficial de expresión científica de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA) y fue creada en 1989, bajo el nombre de Boletín. La gestión editorial está delegada a un Editor de la Revista, un Editor asociado de Psiquiatría y otro de Neurología, más un Comité Editorial quienes tienen plena libertad e independencia en este ámbito.

Misión y Objetivos

La revista tiene como misión publicar artículos originales e inéditos que cubran las áreas de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia y otros temas afines: Pediatría, Neurocirugía Infantil, Psicología y Educación de modo de favorecer la integración de miradas y el trabajo interdisciplinario.

Se considera además la relación de estas especialidades con la ética, gestión asistencial, salud pública, aspectos legales, epidemiológicos y sociológicos.

Las modalidades de presentación del material son: artículos de investigación, casos clínicos, revisiones de temas enfocados a la medicina basada en la evidencia, comentarios sobre artículos de revistas y libros, cartas, contribuciones y noticias.

Público

Médicos especialistas, Psiquiatras y Neurologos de la Infancia y Adolescencia, otros médicos, profesionales de salud afines, investigadores, académicos y estudiantes que

requieran información sobre el material contenido en la revista.

Modalidad editorial

Publicación trimestral de trabajos revisados por pares expertos (peer review) que cumplan con las instrucciones a los autores, señalados al final de cada número.

Resúmenes e Indexación

La revista está indexada con Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. <http://www.bireme.org/abd/E/chomepage.htm>.) Índice bibliográfico Médico Chileno. Sitio WEB Ministerio de Salud. Acceso a artículos completos on line www.sopnia.com

Abreviatura

Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.
ISSN 0718-3798

Correspondencia:

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a Dr. Ricardo García Sepúlveda, Editor Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678, 2° piso interior, Santiago.

Fono/Fax: 632.0884

E-mails: sopnia@tie.cl

sopniasoc@gmail.com

Sitio Web:

www.sopnia.com Santiago, Chile.

Diseño:

Juan Silva

Mail: jusilva2@gmail.com

Fono: 09-799 59 64

Instrucciones a los Autores Revista SOPNIA

(Actualizado en Octubre 2009)

Estas instrucciones han sido preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas" establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors, actualizado, en noviembre de 2003 en el sitio web www.icmje.org

Se favorecerá la educación continua de los profesionales de la SOPNIA, mediante trabajos originales, revisiones bibliográficas y casos clínicos comentados.

Se enviará el trabajo en su versión completa, incluidas tablas y figuras, dirigidas a Dr. Ricardo García Sepúlveda, Director de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, a los e-mails: sopnia@tie.cl – sopniasoc@gmail.com. Se incluirá identificación del autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, fax, dirección de correo electrónico.

El trabajo se enviará, a doble espacio, con letra Arial 12. Para facilitar el proceso editorial, todas las páginas serán numeradas consecutivamente, comenzando por la página de título en el ángulo superior derecho.

El envío del trabajo se considerará evidencia de que ni el artículo o sus partes, tablas o gráficos están registrados, publicados o enviados a revisión a otra publicación. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente citada, o permisos cuando el caso lo amerite. Todos los trabajos originales serán sometidos a revisión por pares. Los trabajos rechazados no serán devueltos al autor.

Estilo

Los trabajos deben escribirse en castellano correcto, sin usar modismos locales o términos en otros idiomas a menos que sea absolutamente necesario. Las abreviaturas deben ser explicadas en cuanto aparezcan en el texto, ya sea dentro del mismo, o al pie de tablas o gráficos. El sistema internacional de medidas debe utilizarse en todos los trabajos.

El texto se redactará siguiendo la estructura usual sugerida para artículos científicos, denominada "MIRAD" (Introducción, método, resultados y discusión). En artículos de otros tipos, como casos clínicos, revisiones, editoriales y contribuciones podrán utilizarse otros formatos.

1. Página de título

El título debe ser breve e informativo. Se listará a continuación a todos los autores con su nombre, apellido paterno, principal grado académico, grado profesional y lugar de trabajo. Las autorías se limitarán a los participantes directos en el trabajo. La asistencia técnica se reconocerá en nota al pie. En párrafo separado se mencionará dónde se realizó el trabajo y su financiamiento, cuando corresponda. Se agregará aquí si se trata de un trabajo de ingreso a SOPNIA. Se agregará un pie de página con nombre completo, dirección y correo electrónico del autor a quien se dirigirá la correspondencia.

2. Resumen

En hoja siguiente se redactará resumen en español e inglés, de aproximadamente 150 palabras cada uno, que incluya objetivos del trabajo, procedimientos básicos, resultados principales y conclusiones.

3. Palabras claves

Los autores proveerán de 5 palabras claves o frases cortas que capturen los tópicos principales del artículo. Para ello se sugiere utilizar el listado de términos médicos (MeSH) del Index Medicus.

4. Trabajos Originales

Contarán con la siguiente estructura:

a. Introducción

Se aportará el contexto del estudio, se plantearán y fundamentarán las preguntas que motiven el estudio, los objetivos y las hipótesis propuestas. Los objetivos principales y secundarios serán claramente precisados. Se incluirá en esta sección sólo aquellas referencias estrictamente pertinentes.

b. Método

Se incluirá exclusivamente información disponible al momento en que el estudio o protocolo fue escrito. Toda información obtenida durante el estudio pertenece a la sección Resultados.

Selección y descripción de participantes

Se describirá claramente los criterios de selección de pacientes, controles o animales experimentales, incluyendo criterios de elegibilidad y de exclusión y una descripción de la población en que se toma la muestra. Se incluirá explicaciones claras acerca de cómo y porqué el estudio fue formulado de un modo particular.

Información técnica

Se identificará métodos, equipos y procedimientos utilizados, con el detalle suficiente como para permitir a otros investigadores reproducir los resultados. Se entregará referencias y/o breves descripciones cuando se trate de métodos bien establecidos, o descripciones detalladas cuando se trate de métodos nuevos o modificados. Se identificará con precisión todas las drogas o químicos utilizados, incluyendo nombre genérico, dosis y vía de administración.

c. Estadísticas

Se describirá los métodos estadísticos con suficiente detalle como para permitir al lector

informado el acceso a la información original y la verificación de los resultados reportados. Se cuantificará los hallazgos presentándolos con indicadores de error de medida. Se hará referencia a trabajos estándares para el diseño y métodos estadísticos. Cuando sea el caso, se especificará el software computacional utilizado.

d. Resultados

Se presentará los resultados en una secuencia lógica con los correspondientes textos, tablas e ilustraciones, privilegiando los hallazgos principales. Se evitará repetir en el texto la información proveída en forma de tablas o ilustraciones, sólo se enfatizará los datos más importantes. Los resultados numéricos no sólo se darán en la forma de derivados (p.e. porcentajes) sino también como números absolutos, especificando el método estadístico utilizado para analizarlos. Las tablas y figuras se restringirán a aquellas necesarias para apoyar el trabajo, evitando duplicar datos en gráficos y tablas. Se evitará el uso no técnico de términos tales como: "al azar", "normal", "significativo", "correlación" y "muestra".

e. Discusión

Siguiendo la secuencia de los resultados se discutirán en función del conocimiento vigente se enfatizará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que de ellos se derivan relacionándolos con los objetivos iniciales. No se repetirá en detalle la información que ya ha sido expuesta en las secciones de introducción o resultados. Es recomendable iniciar la discusión con una descripción sumaria de los principales hallazgos para luego explorar los posibles mecanismos o explicaciones para ellos. A continuación se comparará y contrastará los resultados con aquellos de otros estudios relevantes, estableciendo las limitaciones del estudio, explorando las implicancias de los hallazgos para futuros estudios y para la práctica clínica. Se vinculará las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando realizar afirmaciones o plantear conclusiones no debidamente respaldadas por la información que se presenta. En particular se sugiere no hacer mención a ventajas económicas y

de costos a menos que el manuscrito incluya información y análisis apropiado para ello.

f. Referencias bibliográficas

Siempre que sea posible, se privilegiará las referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por un número pequeño de referencias a trabajos originales que se consideren claves. Deberá evitarse el uso de abstracts como referencias. Cuando se haga referencia a artículos no publicados, deberán designarse como “en prensa”, “en revisión” o “en preparación” y deberán tener autorización para ser citados. Se evitará citar “comunicaciones personales” a menos que se trate de información esencial no disponible en forma pública.

Estilo y formato de referencias

Las referencias se numerarán consecutivamente, según su orden de aparición en el texto. Las referencias se identificarán con números árabes entre paréntesis. Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo al estilo usado en el Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov>)

Artículo de revista científica

Enumerar hasta los primeros seis autores seguidos por et al., título del artículo en su idioma original, el nombre de la revista, usando las abreviaturas del index medicus abreviations, separados por comas, el año separado por coma, volumen poner dos puntos: y las páginas comprendidas separadas por guión: Ejemplo: Salvo L, Rioseco P, Salvo S: Ideación suicida e intento suicida en adolescentes de enseñanza media. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 1998,36:28-34.

Más de 6 autores

Ejemplo: Barreau M, Ángel L, García P, González C, Hunneus A, Martín A M, et al. Evaluación de una unidad de Atención Integral del adolescente en una clínica privada. Boletín SOPNIA. 2003,14(2):25-32.

Cuando se cita el capítulo de un libro. Apellido e inicial de los autores, mencione los autores con igual criterio que para las revistas. El título en idioma original, luego el nombre del libro, los editores, el país, el año de pu-

blicación, página inicial y final.

Ejemplo: Pinto F. Diagnóstico clínico del Síndrome de Déficit Atencional (SDA). Síndrome de Déficit Atencional: López I, Troncoso L, Förster J, Mesa T. Editores. Editorial Universitaria; Santiago, Chile, 1998:96-106.

Para otro tipo de publicaciones, atégase a los ejemplos dados en los “Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas”.

g. Tablas

Las tablas reúnen información concisa y la despliegan en forma eficiente. La inclusión de información en tablas, contribuye a reducir la longitud del texto.

Las tablas se presentarán a doble espacio, cada una en hoja separada y se numerarán consecutivamente según su orden de aparición. Se preferirá no usar líneas divisorias internas. Cada columna tendrá un corto encabezado. Las explicaciones y abreviaciones se incluirán en pies de página. Para los pies de página se usarán los siguientes símbolos en secuencia: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Se identificará medidas estadísticas de variación (desviaciones estándar o errores estándar de medida).

h. Ilustraciones

Las figuras serán dibujadas o fotografiadas en forma profesional. No deben estar incluidas en el texto. También podrán remitirse en forma de impresiones digitales con calidad fotográfica. En el caso de radiografías, TAC u otras neuroimágenes, así como fotos de especímenes de patología, se enviará impresiones fotográficas a color o blanco y negro de 127x173 mm. Las figuras deberán ser, en lo posible, autoexplicatorias, es decir contener título y explicación detallada, (barras de amplificación, flechas, escalas, nombres y escalas en los ejes de las gráficas, etc.). Las figuras serán numeradas consecutivamente de acuerdo a su orden de aparición en el texto Si una figura ha sido publicada previamente, se incluirá un agradecimiento y se remitirá un permiso escrito de la fuente

original, independientemente de su pertenencia al propio autor.

i. Abreviaciones y símbolos

Se usará abreviaciones estándar, evitando su uso en el título. En todos los casos, se explicitará el término completo y su correspondiente abreviación precediendo su primer uso en el texto.

5. Revisión de Temas

Revisión bibliográfica actualizada de temas de interés, según las instrucciones ya descritas.

6. Casos Clínicos

De interés práctico, con una revisión del tema y comentarios al respecto, en lo demás esquema semejante al anterior.

7. Contribuciones

Pueden incluir experiencias de trabajo, temas en relación a nuestras especialidades como aspectos éticos, gestión asistencial, salud pública, aspectos legales, epidemiológicos y sociológicos u otros que se consideren de interés.

8. Cartas al Director

Espacio abierto, en que los socios puedan plantear inquietudes, opiniones e ideas.

9. Archivos electrónicos

Se aceptan archivos electrónicos en Microsoft Word. En archivos electrónicos deben anexarse los archivos de las figuras, como un mapa de bits, archivos TIF, JPEG, o algún otro formato de uso común. Cada figura debe tener su pie correspondiente.

10. Publicaciones duplicadas

Podrán publicarse artículos publicados en otras revistas con el consentimiento de los autores y de los editores de estas otras revistas.

Las publicaciones duplicadas, en el mismo u otro idioma, especialmente en otros países se justifican y son beneficiosas ya que así pueden llegar a un mayor número de lectores si se cumplen las condiciones que se detallan a continuación:

1. Aprobación de los editores de ambas revistas.
2. En algunos casos puede ser suficiente una versión abreviada.
3. La segunda versión debe reflejar con veracidad los datos e interpretaciones de la primera versión.
4. Un pie de página de la segunda versión debe informar que el artículo ha sido publicado totalmente o parcialmente y debe citar la primera referencia Ej.: Este artículo está basado en un estudio primero reportado en (Título de la revista y referencia).